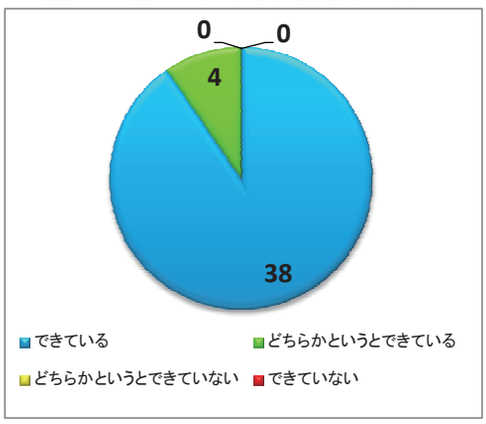
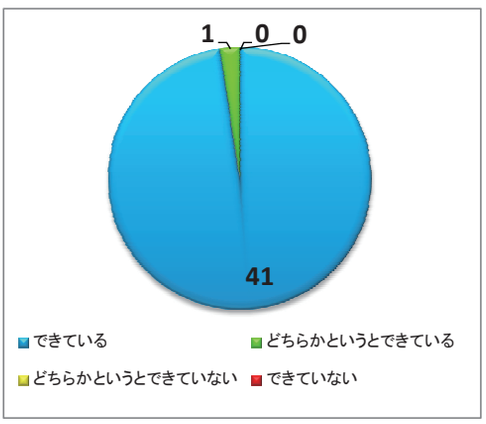
5　臨床検査部門

1）検査実施時

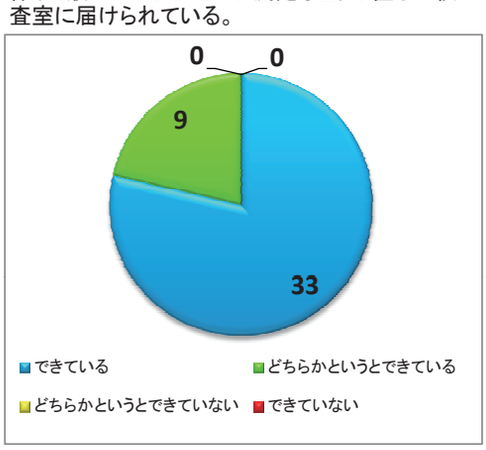
① 外来における検体及び生理学的検査では当該患者であることを、フルネームで名乗ってもらい、且つIDや生年月日等でも確認している。



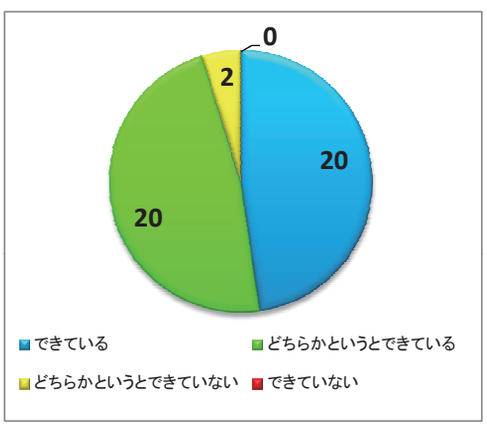
② 検査実施時には、採血管や検査内容等が当該患者のものであることの確認を行っている。



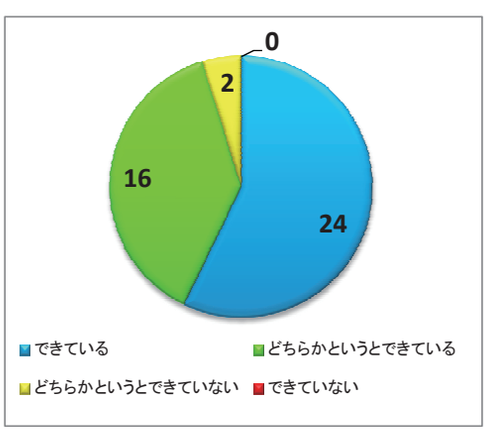
③ 採取した検体のうち、放置してはいけない検体（血液ガスやアンモニア測定など）は直ちに検査室に届けられている。



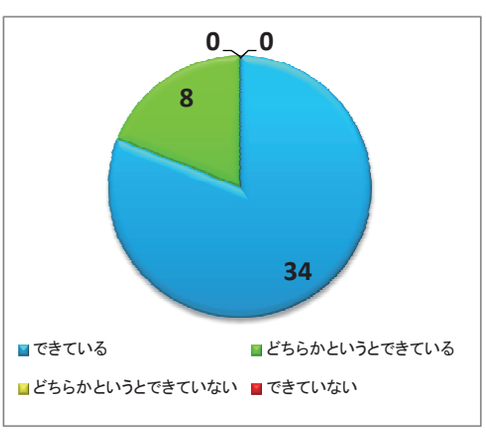
④ 比較的安定な生化学や血算などの検体は、30分以内に届けられている。



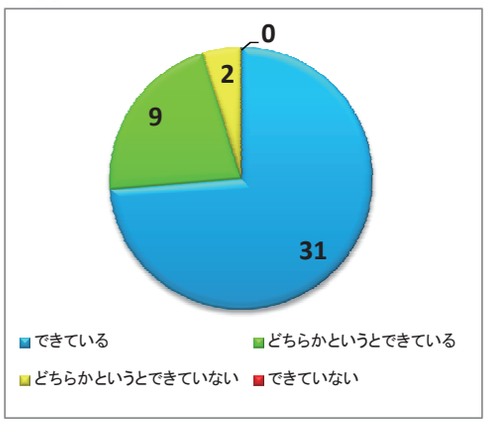
⑤ 緊急検査（末梢血、生化学、止血等）は30分以内に結果が報告されている。



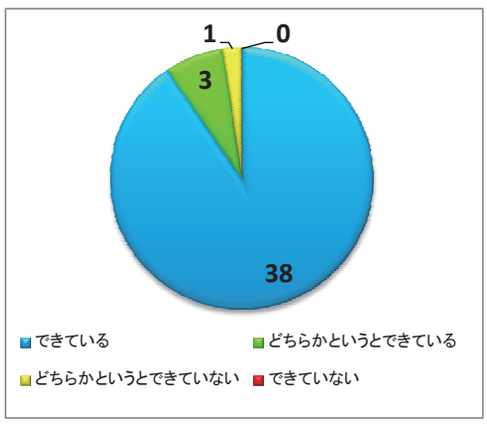
⑥ 患者のアレルギー情報や病歴等が容易に参照できるシステムがある。



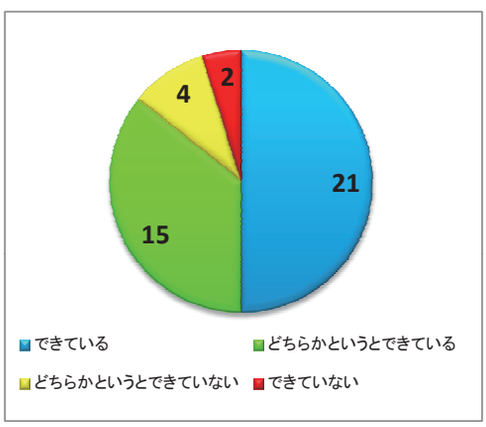
⑦ 採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時に、患者に対して掲示などにより説明している。



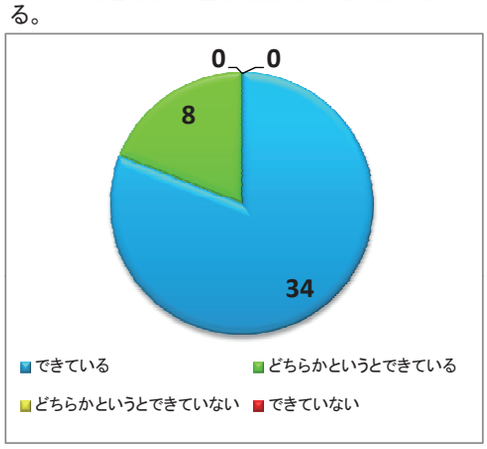
⑧ 採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時の対応手順が定められている。



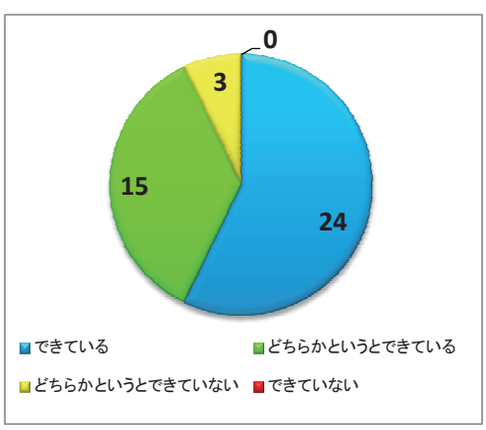
⑨ 検査後に患者観察が行われる場所、人（看護師の配置）が整備されている。



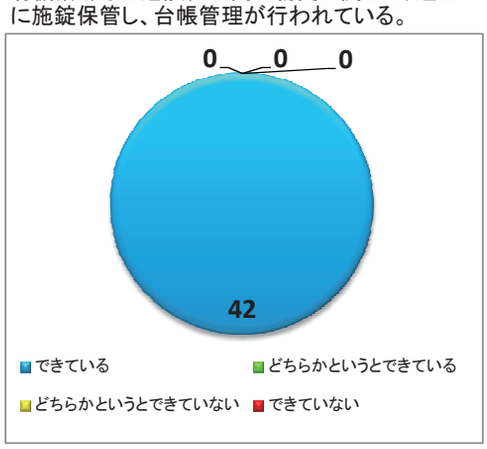
⑩ 患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。



⑪ 患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。

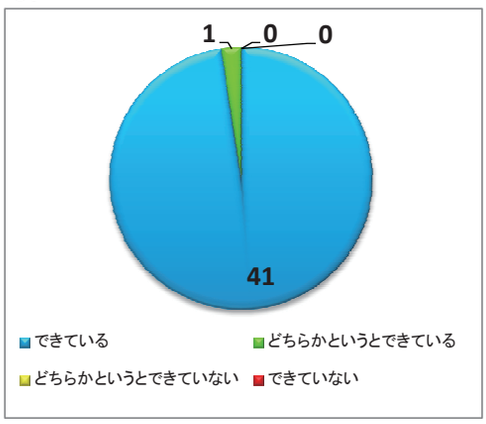


⑫ 検査で用いられる試薬や毒物劇物・重金属・有機溶媒など危険性の高い物質に関して、適正に施錠保管し、台帳管理が行われている。

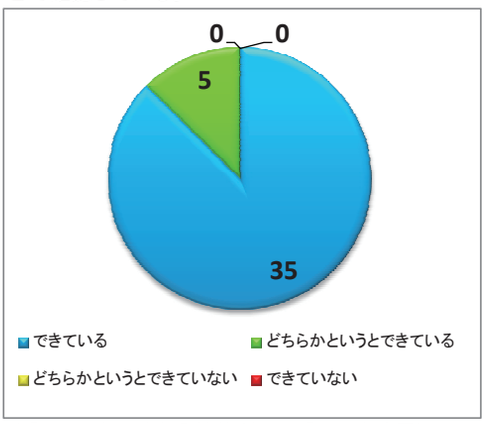


2）検査室において

① 検体の確認はバーコードやシールなどを用いた誤認防止の手順が明文化され、遵守されている。

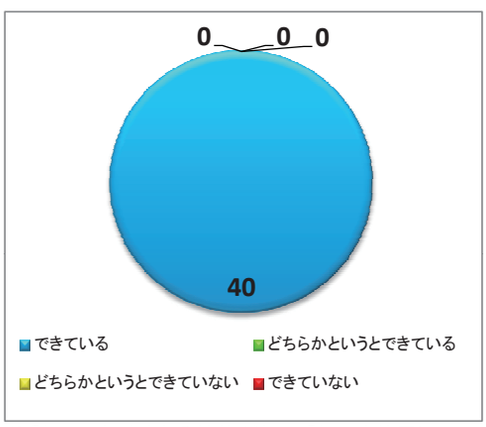


② 伝票で患者検体が届けられた場合、当該患者の検体であることを、フルネーム、ID、生年月日などで確認している。



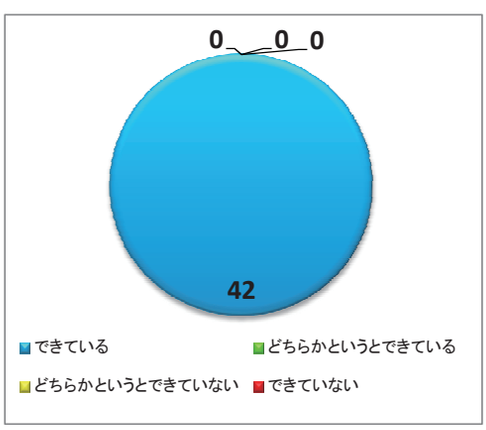
※「伝票で提出される検体がない」「伝票を使用していない」大学2校除く

③ 伝票の内容と検体の種類・数が一致しているかを確認している。



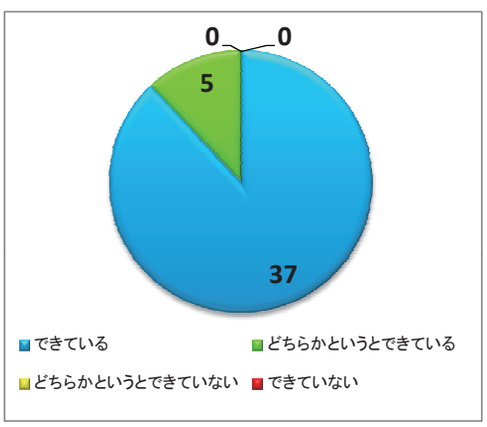
※「伝票で提出される検体がない」「伝票を使用していない」大学2校除く

② 内部精度管理が実施され、結果が評価されている。



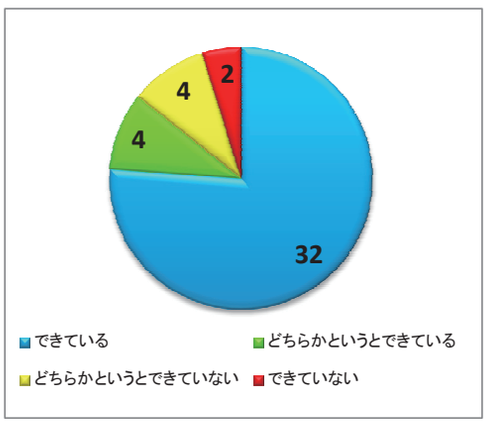
3）その他

① 検査結果において、疑義照会（患者や病態の確認）、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ（検体検査での異常高値や低値、血液培養陽性、指定菌＜MRSA・好酸菌塗沫陽性＞等の感染症検査結果等）があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。

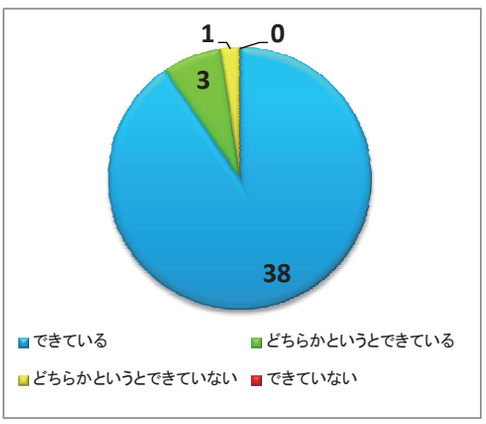


6 病理部門

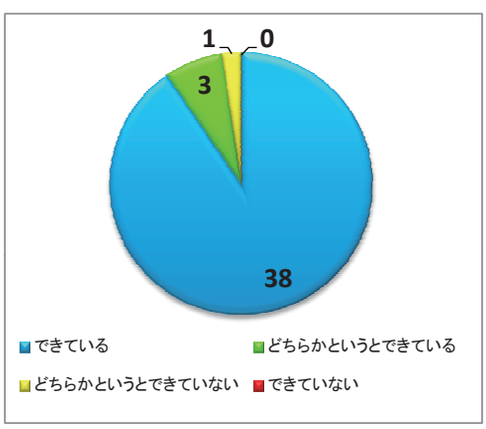
① 検体採取から提出までの間の検体の誤認防止手順が明文化され、実施されている。



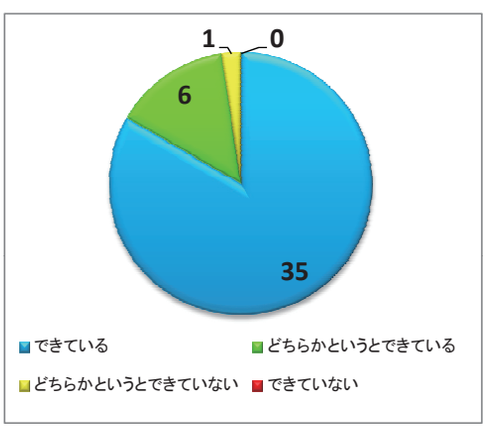
② 病理検体受付時の誤認防止手順が明文化され、実施されている。



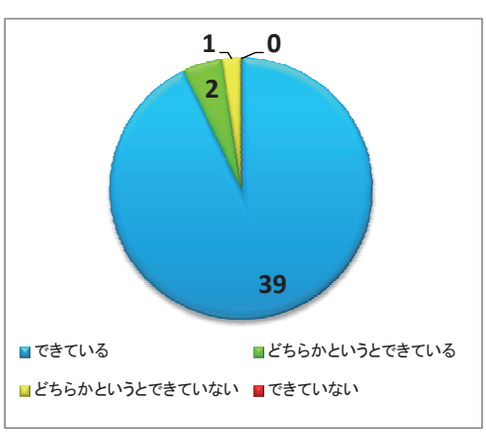
③ 検体処理の各段階における誤認防止の手順が明文化され、実施されている。



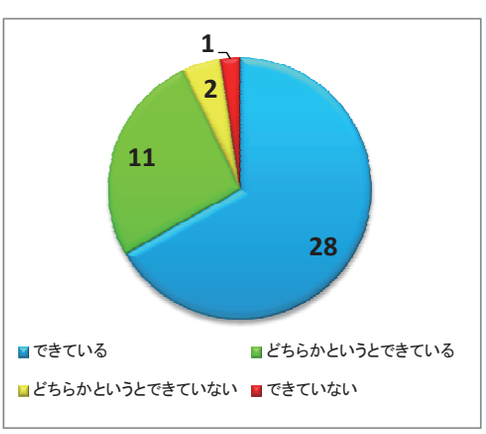
④ 診断内容はダブルチェックが行われ報告されている。



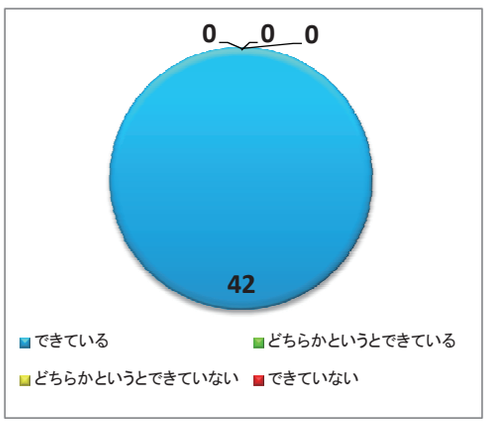
⑤ 疑問のある症例は部内および診療科と協議が行われている。



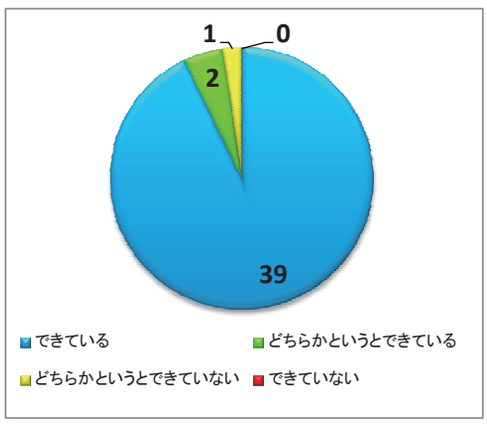
⑥ 検査結果において、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ（細胞診や病理検査ではじめての悪性所見が出た場合等）があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。



⑦ 病理のレポートは電子化されている。



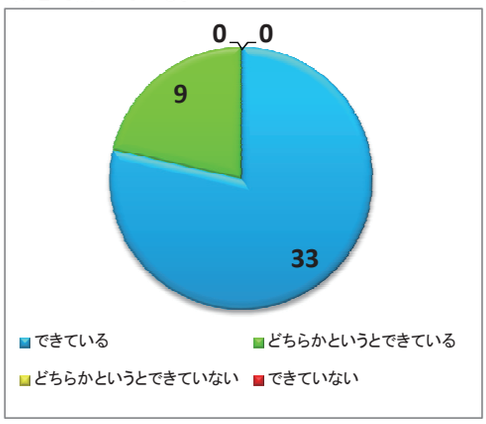
⑧ ホルマリンなどの有機溶媒、危険性の高い薬剤が適切に保管管理されている。



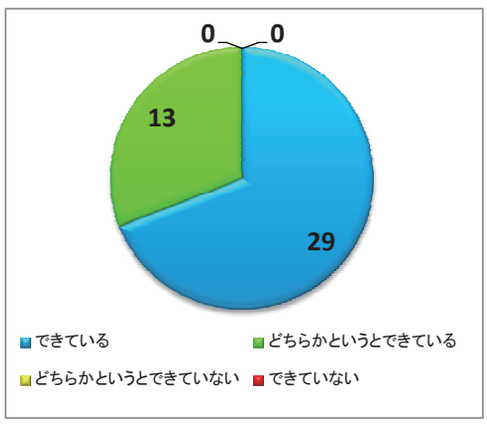
7　放射線検査・治療部門

1）放射線業務における安全性確保

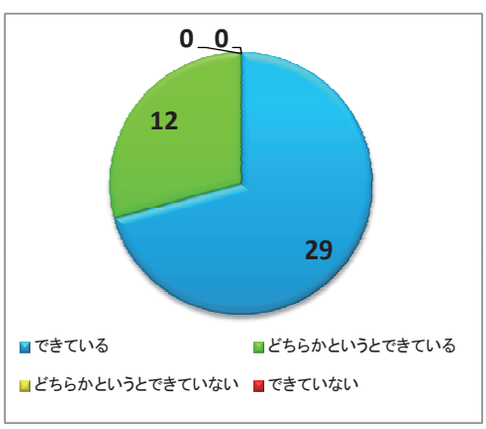
① 患者確認には、患者にフルネームを名乗ってもらうことに加え、ID番号、生年月日の確認等をあわせて用いている。



② 検査・治療前に、患者とともに、部位、方向、撮影回数や装飾品の有無などについて確認している。

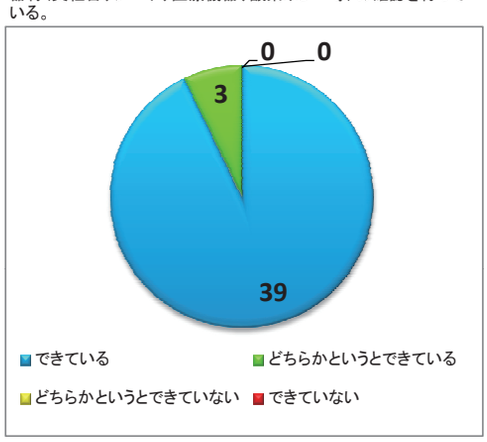


③ 病室撮影を含め、撮影済みカセッテに関して患者間違いの防止対策が整備されている。

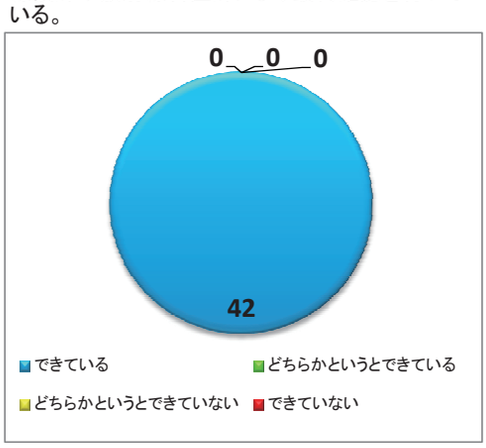


※「CR読み取り装置搭載ポータブル装置を使用しており、撮影毎に画像を読み取るため患者間違いの防止策はない」大学1校除く

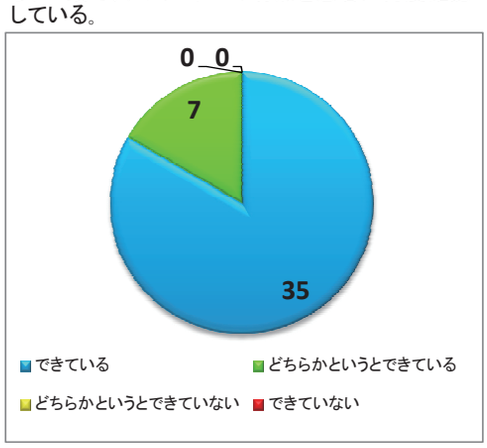
④ MR検査の場合、患者の装飾品や体内金属、入室する医療スタッフの持ち物（ハサミ・ペン・装飾品等）、患者に使用している医用器材（支柱台、シーネ、医療機器、酸素ボンベ等）の確認を行っている。



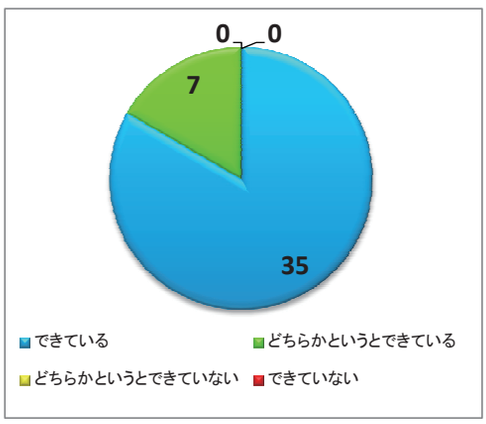
⑤ MR検査室への持込み禁止物について、放射線技師や放射線科医師により最終確認を行っている。



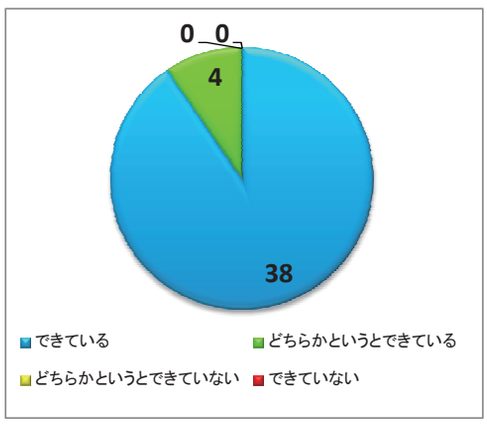
⑥ 造影剤検査の前には必ず、同意書を見ながら、口頭で、アレルギーの有無を患者に再度確認している。



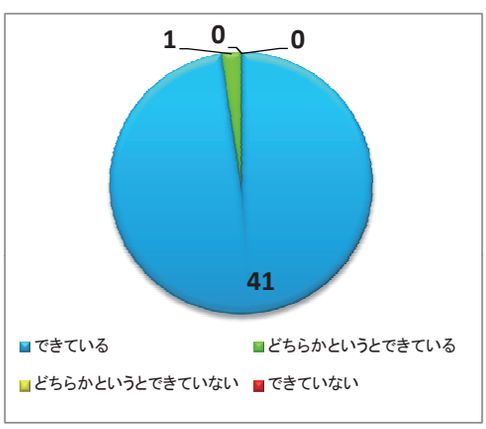
⑦ 造影剤腎症の予防対策（クレアチニン値の把握、糸球体ろ過率の推算等）を行っている。



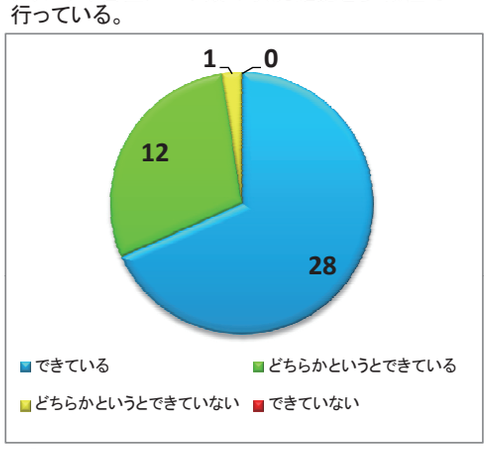
⑧ 造影剤使用の検査中もしくは検査後副作用があった場合の対応マニュアルがある。



⑨ 造影剤がディスポーザブル器材の場合、前の患者に使用した器材の廃棄確認を行っている。

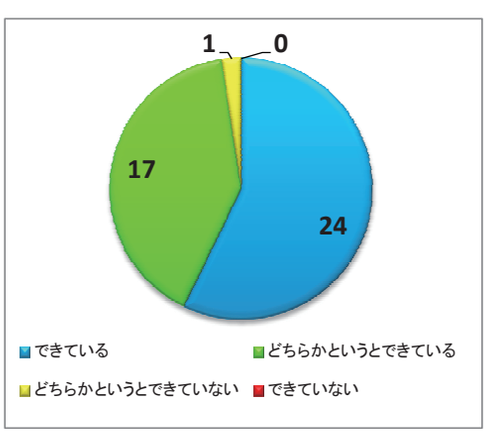


⑩ 検査・治療に際して、患者のリスク評価、モニタリング、留置ルート類の状況確認を多職種で行っている。

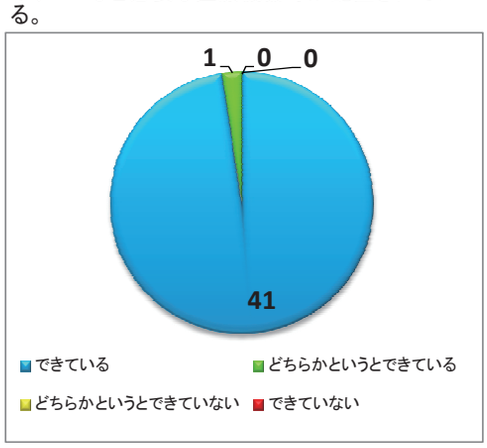


※「留置ルート類の状況確認は多職種で行っているが患者のリスク評価までは至っていない」大学1校除く

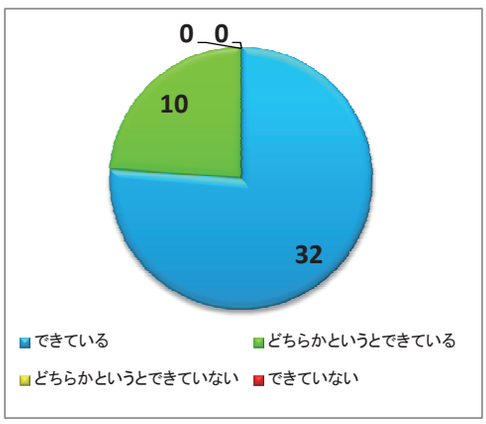
⑪ 検査後に患者観察が行われる場所、人（看護師の配置）が整備されている。



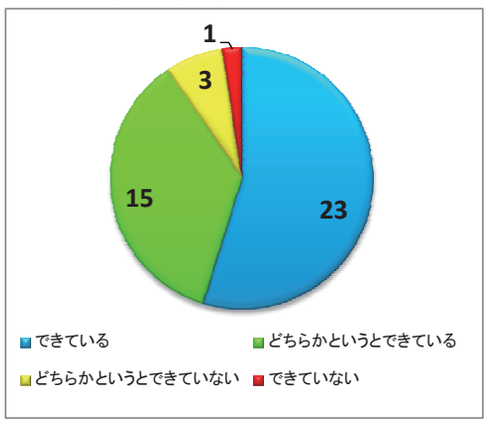
⑫ 患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。



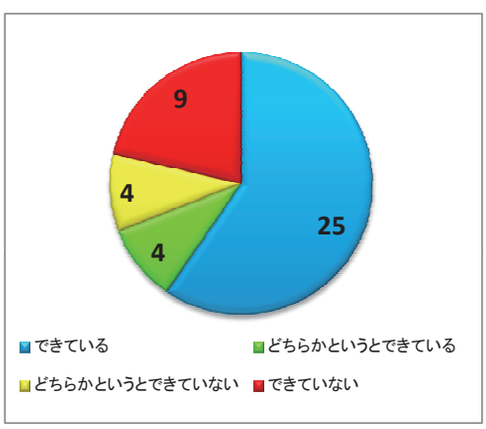
⑬ 患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。



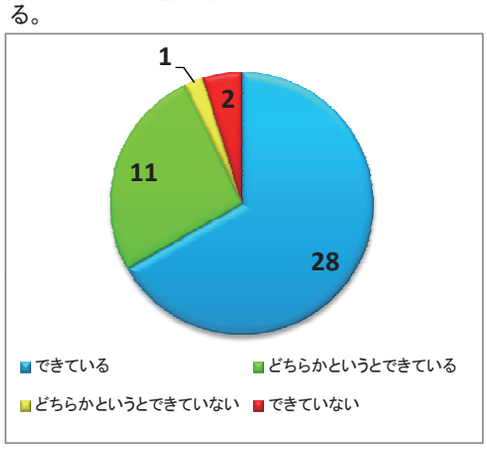
⑭ 撮影された画像の最終確認（患者氏名、左右、部位、マーク、画質など）を指差呼称やダブルチェック等で行っている。



⑮ 胸部X線撮影画像の読影が放射線科医により行われるシステムがある。

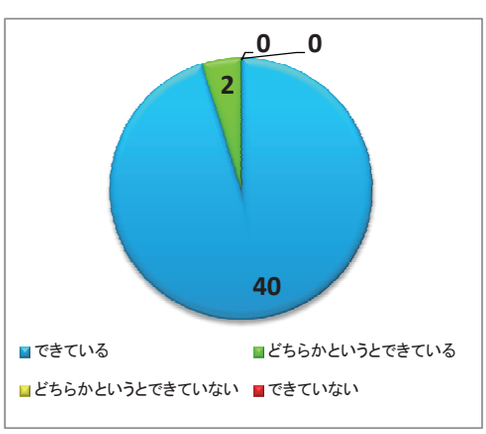


⑯ 撮影中や読影時に、緊急を要する所見が認められた時は、主治医に連絡するシステムがある。

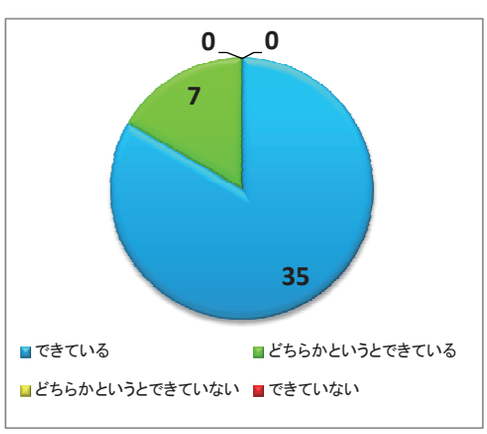


2）放射線機器等の管理

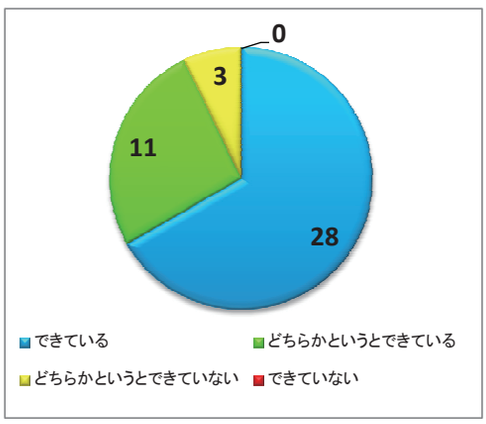
① 検査・治療機器の始業・終了点検が行われ、記録されている。



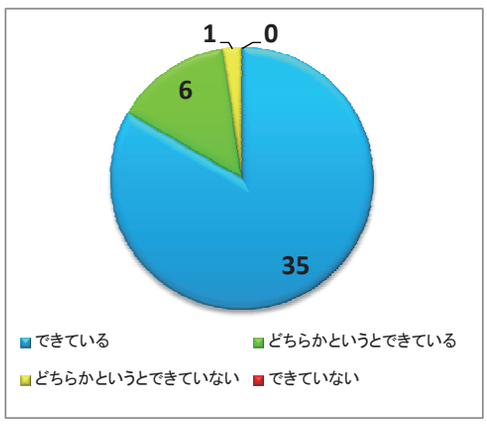
② 定期的に行う機器点検を実施している。



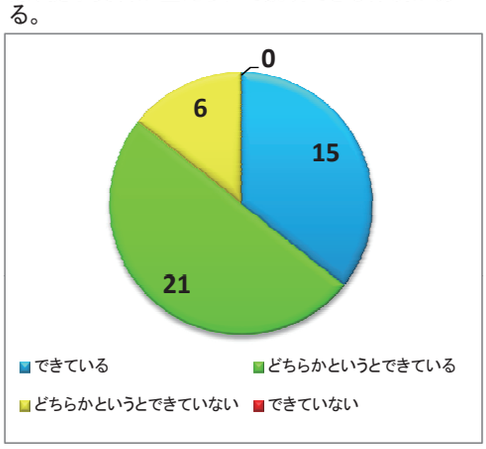
3）放射線被曝管理
① 血管造影検査を繰り返し行う場合、被曝線量を確認している。



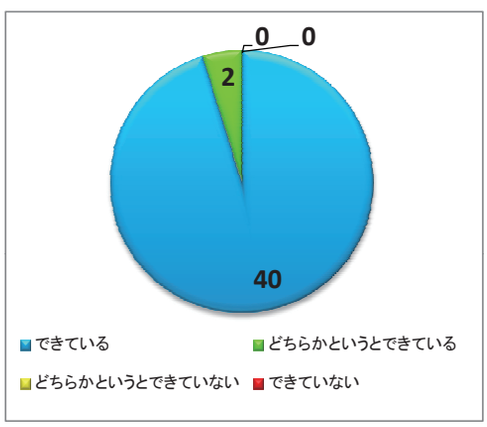
② 機器の放射線出力測定及び漏洩線量測定を、6ヶ月に1回に実施している。



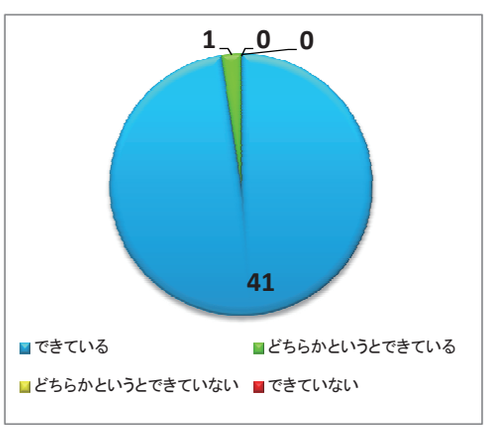
③ 患者などから被曝線量について質問された際、提示資料が整えられて説明できる体制がある。



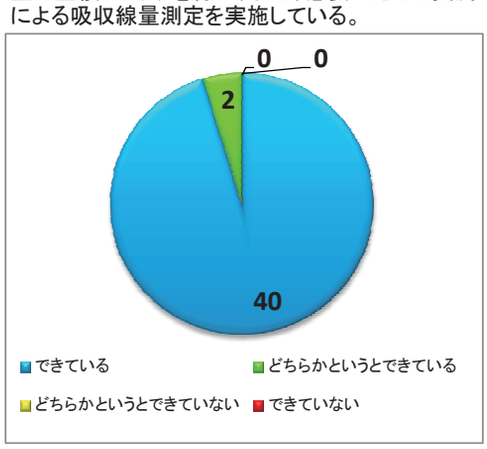
4）放射線治療の安全管理
① 放射線照射の際に照射部位・線量のダブルチェックを行っている。



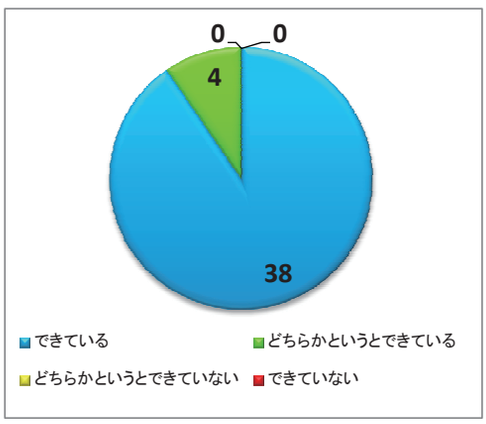
② 指示線量、線量基準点の管理が行われている。



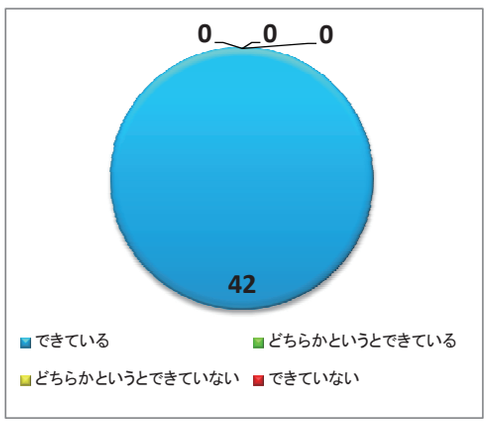
③ モニタ単位値（MU値）計算は独立した方法で2重の重複チェックを行い、また、必要に応じて実測による吸収線量測定を実施している。



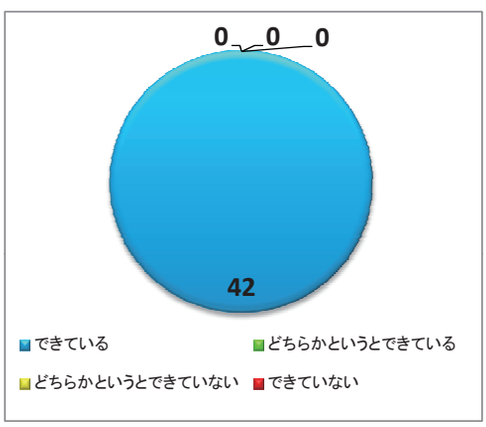
④ 加速器への治療患者のデータ登録は、異なる担当者によるダブルチェックを実施している。



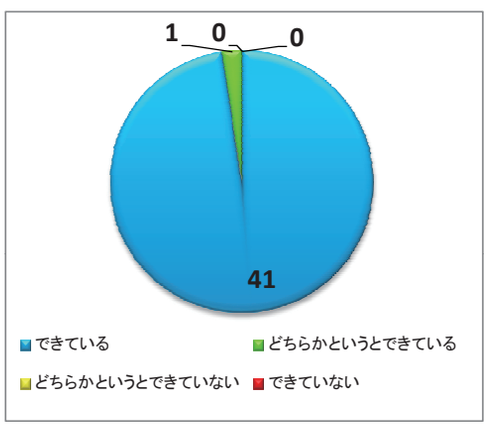
⑤ 照射終了後、モニター線量・照射録記載の確認を行っている。



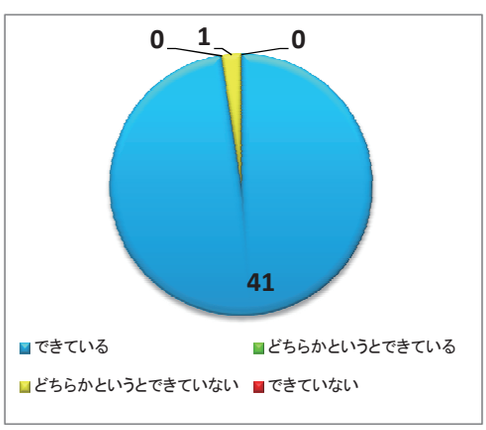
⑥ 治療情報の確認を行い、治療部位、処方線量の継続・変更についてチェックを実施している。



⑦ 放射線治療装置、放射線治療計画システム、X線シミュレータ、CTシミュレータ、放射線治療計画用CT装置、高線量率密封小線源医療装置および関連機器の精度管理を定期的に実施している。

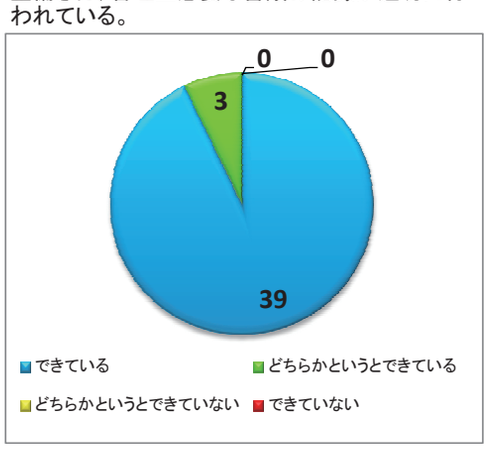


⑧ 線量測定器の校正を定期的に行っている。

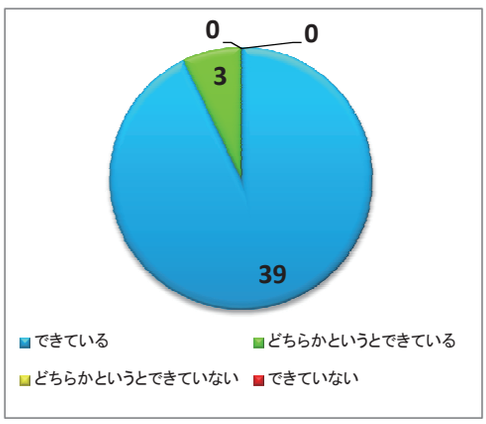


5）放射性医薬品等の管理

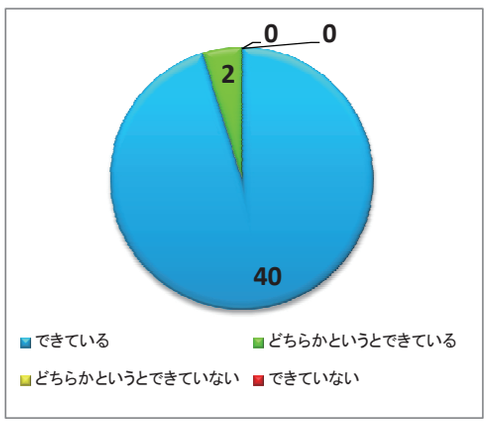
① 放射性医薬品取扱いに関するマニュアルが整備され、管理上必要な書類の記録が適切に行われている。



② 放射性医薬品誤投与防止に関する対策が整備され、遵守されている。



③ 放射性廃棄物に関するマニュアルが整備され、適切に管理されている。



９．ベストプラクティス（自由記載）

ベストプラクティスは、医療安全全般において、他院に推奨又は紹介したい取り組みを各大学1例報告することとなっており、その内容によって下記のように分類した。

1 医療安全管理・対策
2 患者の参加を通じた安全性の向上
3 診療記録と医療情報システム
4 医療安全に関する教育・研修
5 処置
6 組織横断的ケア
7 医薬品
8 手術【重点項目】
9 輸血
10 その他

	大学名	タイトル
医療安全管理・対策		
1	三重大学	安全と感染の協働ラウンド
	広島大学	検体搬送・提出方法の見直し
	神戸大学	電子媒体によるインシデント事例に紐づけた 4 ラウンド法
	信州大学	小児用挿管セットの標準化と材料部による中央化
	弘前大学	複数部署が関わるバックバルブマスクの管理および機能チェック
患者の参加を通じた安全性の向上		
2	北海道大学	パネル展示による患者・家族との医療安全に関する認識を共通にするための取り組み
	大分大学	『医療安全リーフレット』を活用した患者参加の医療安全に関する取り組み
診療記録と医療情報システム		
3	東北大学	医薬品-食品相互作用情報の食事オーダー連携システム
	千葉大学	患者給食業務における誤配食防止システムの確立
医療安全に関する教育・研修		
4	東京大学	医療安全研修強化について
	大阪大学	診療と学習の両立を目指した e ラーニングシステムの開発と実践　～ 医療安全教育の PDSA 支援 ～
	秋田大学	「診療科別訪問ミニ研修会」
	岐阜大学	医療安全に関する部門・部署への出張講義
	新潟大学	部署特有な医療安全管理上の問題を改善するための包括的な取り組み
	富山大学	出前 RCA の実施

	金沢大学	指示出し・指示受けの伝達ミス軽減のための勉強会
	山口大学	指差し呼称定着に向けて
処置		
5	筑波大学	ハイリスク医療行為マニュアルの作成
	浜松医科大学	危険手技の安全な実施：中心静脈カテーテル（CVC）穿刺の標準化
	香川大学	CV 施行医認定制度の導入
	京都大学	持続的血液濾過透析（CHDF）を病院全体で管理するシステムの構築
組織横断的ケア		
6	福井大学	「ユビキタス人工呼吸器装着患者見守りシステムによる医療安全管理」
	熊本大学	医療安全管理部と ME 機器センター合同による人呼吸器装着患者の医療安全ラウンド
	九州大学	多職種による転倒パトロール活動
医薬品		
7	山梨大学	内服薬に関するインシデント減少への取り組み
	島根大学	インスリン関連のインシデント減少のためのインスリン指示書記入の周知徹底
	山形大学	薬袋の表示を改善：カラー印刷可能
	群馬大学	造影剤使用の提言について
	琉球大学	医療従事者の抗がん剤曝露被害防止対策 休祝日での病院（不適切な環境下）における抗がん剤の混合調製が減少した
	岡山大学	薬剤部での抗がん剤鑑査・混合調製完全実施体制の整備
	滋賀医科大学	薬剤部内での調剤過誤防止への取り組み
手術【重点項目】		
8	東京医科歯科大学	WHO 手術の安全チェックリストの導入
	高知大学	チームで取り組む医療安全～WHO ガイドラインに基づいた、手術部チェックリストの作成と実施～
	宮崎大学	手術安全チェックリストの導入
	長崎大学	患者の手術部入室時の主治医同伴
	鹿児島大学	周術期肺塞栓予防についての取り組み
	徳島大学	周術期における四肢の血流障害予防策の取り組み
	鳥取大学	低侵襲外科センターの取り組み
輸血		
9	佐賀大学	医療安全警鐘カードの作成
その他		
10	旭川医科大学	インシデント未然防止者の表彰
	名古屋大学	医療安全管理部門の再整備
	愛媛大学	緊急時の外来電話トリアージ

1　医療安全管理

三重大学

１．タイトル
　安全と感染の協働ラウンド

２．概要
　安全管理担当者と感染管理担当者が協働でラウンドを行い、医療現場での問題点と課題を共有していく。

３．背景
　当院では、安全・感染の担当者がそれぞれラウンドを行っているため、同じタイミングで問題点を共有することができなかった。

４．具体的な内容
　医療安全ラウンドに用いる用紙を感染管理部と共同で使用できる用紙に変更し、協働でラウンドを行う。

５．効果

６．苦労した点
　病院移転直後で取り組みが開始となったばかりであり効果判定には至っていない。

７．その他

広島大学

１．タイトル
　検体搬送・提出方法の見直し

２．概要
　院内における検体提出方法と検体搬送方法（メッセンジャー業務）を改善した。

３．背景
　検体関連のインシデントは月 25 件を占めていた。これまで、検体搬送に関わるメッセンジャー業務は、委託業者に依頼したままであり、病院全体として業務の内容・実施方法について検討してこなかった。患者にとって、検体検査は、治療の根拠となる重要な材料であるため、ワーキングを立ち上げて改善策を検討した。

４．具体的な内容
　1）検体提出方法の変更
　　・色分けした検体立ての設置
　　・検体容器一覧を作成し掲示
　　・3 種類の色分け別に検体提出場所を明記
　　・5S 活動実施し検体置き場を整理整頓
　2）検体搬送方法の変更
　　・メッセンジャーは検体立て毎回収
　　・検体搬送時間表を掲示
　　・病理検体と伝票を同時に提出できる専用袋を準備
　　・検体搬送カートを購入

５．効果
　検体関連インシデントは 31%の減少を認めた。更に、アンケート調査において、現場看護師の 80%がこの業務改善にインシデント低減への有効性を感じると回答した。検査部・メッセンジャーも安全性と確実性を実感して業務が遂行できると答えている。

６．苦労した点
　色分け別に提出する方法を現場が理解し慣れるまでは時間がかかった。検体置き場を整理整頓し、維持することに苦慮した。

７．その他

神戸大学

１．タイトル
　電子媒体によるインシデント事例に紐づけた 4 ラウンド法

２．概要
　現在使用しているインシデント報告システム（名称：医療の質・安全管理システム、SafeMaster）において、業者と共同でインシデント事例と紐づけた 4 ラウンド法の機能を追加した。

３．背景
　看護部では数年前から、人材育成あるいは看護実践の向上のために、4 ラウンド法を用いてインシデント事例の改善策を検討している。実施方法は、各部署のカンファレンス時に自部署の事例を基に紙媒体で行っていた。

４．具体的な内容
　インシデント報告画面から 4 ラウンド法の機能を選択し、各部署のカンファレンス時に実施しながら内容を入力する。インシデント報告を閲覧する際、そのインシデントを基にした 4 ラウンド法実施の有無とその内容が確認できる。

5．効果
1）インシデント事例とそれを基に実施した4ラウンド法を紐づけたことで、インシデント事例と改善策の関連がより明確になった。
2）自部署のみならず、医療の質・安全管理部の医療安全管理者が、現場の医療安全に関するPDCAサイクルを確認することができる。
3）当日、4ラウンド法に参加しなかった看護師が、いつでも・どこでも・複数名が同時に内容を閲覧することができる。
4）4ラウンド法を実施したデータのサーバー上での管理が容易になった。

6．苦労した点
特に苦労した点はないが、電子媒体による操作方法についての周知に少し時間を要した。文書による通知だけでなく、各部署で操作方法を直接指導した。その後もこれに関する問い合わせに、その都度対応している。

7．その他
特になし

信州大学

1．タイトル
小児用挿管セットの標準化と材料部による中央化

2．概要
部署により異なっていた小児用挿管セットを標準化した。また、小児用挿管セット使用後の器具の洗浄や補充、購入に関して中央管理化とした。
物品の補充、洗浄等は材料部で行うことになり、中央管理化もできた。

3．背景
半年に1回、院内ラウンドで救急カートの定期点検を実施している中で、部署により小児用挿管セット内容にばらつきがあり、喉頭鏡のライトが暗い、喉頭鏡ブレードが合いにくいなどの不具合がみられた。使用したい物品がセット内にない、小児のCT検査などに行く時に挿管セットを持って行きにくいなど問題があがった。院内統一の小児用挿管セットがあった方がよいということでワーキンググループを立ち上げ、必要物品などの検討し整備した。

4．具体的な内容
小児用挿管セットの標準物品をAHA（アメリカ心臓協会）のPALSガイドラインを参考に決め、必要最小限の物品の洗い出し、予算化、購入し、標準の小児用挿管セットを作成した。小児の診療を行っている部署に常備した。CO_2チェッカーを常備し、また、マスクや喉頭鏡も新しいものに交換した。

5．効果
鎮静をして検査や処置等を実施する時、小児用挿管セットがあると対応しやす

い。統一した内容になると急変時、迅速で適確な救命処置が行える。
　実際に検査時小児用挿管セットを使用した事例はないが、CT 等の検査時、持ち運びが楽である。
　材料部で小児用挿管セットの器具の洗浄や補充、購入に関して中央管理化すると効率がよい。

６．苦労した点
　小児といっても 0〜15 才くらいまでと幅が広く、どこを基準にすればよいか、物品の選定に苦労した。

７．その他
　小児用挿管セットは標準化したが、セットの内容や使用方法についての周知をしていく。

弘前大学

１．タイトル
　複数部署が関わるバッグバルブマスクの管理および機能チェック。

２．概要
　ME センターと材料部がタイアップしてバッグバルブの滅菌・機能試験を行い、各部署へ払い出すシステムとした。

３．背景
　他施設でのバッグバルブマスクの不具合による医療事故の発生、および院内でも事故は発生していないが器具の不具合が散見されていて、院内で使用されるバッグバルブマスクの機能を維持、管理する必要性があった。

４．具体的な内容
　使用後のバッグバルブマスクを分解洗浄後、乾燥し滅菌後組み立てたものを ME センター担当者が材料部へ出向き機能試験を行い、各部署へ払い出す。

５．効果
　機能チェック済みのバッグバルブマスクが全部署に払い出し出来るようになった。

６．苦労した点
　ME センターの人員確保。

７．その他
　システム導入以後、器具の不具合は見られていない。

2　患者の参加を通じた安全性の向上

北海道大学

１．タイトル

パネル展示による患者・家族との医療安全に関する認識を共通にするための取組み

２．３．概要・背景

北海道大学病院（以下、当院）医療安全管理部では安全文化の構築に積極的に取り組んでいるが、医療安全に関して患者・家族との認識に対する共有の在り方が課題であると考えている。そこで、患者・家族に医療の現場をよく知ってもらうとともに、より積極的に参加してもらうことを期待して平成 22 年度から「医療安全推進週間」に各部署が行っている医療安全に関する取り組みをわかりやすいポスター形式でアメニティーホールに展示し紹介している。この企画は患者・家族はもとより医療者にも好評であった。平成 23 年度は各部署からの自発的な応募件数が増えるとともに、内容的にも充実したものとなった。

４．具体的な内容

1）各部署から、現場での医療安全に関する取り組みを公募した。
2）パネル内容は、4〜5 枚（A3）の枚数に難しい内容は避け、平素な表現とした。
3）パネル作品について患者・家族からアンケートを実施した。
4）アンケートの結果を参考に、病院長、医療安全管理部部長が最終選考し表彰する場を設けた。
5）表彰された部署の取り組み内容をリスクマネジャー連絡会議で紹介した。

５．効果

1）応募部署は、平成 22 年度は 7 部署、23 年度は 12 部署であり、各部署の具体的な医療安全の取り組みが患者・家族にわかりやすく紹介された。例えば、
　① 検査・輸血部門からは、平成 22 年度は「臨床検査技師の採血デビューまでの道のり」として臨床検査技師が中央採血室で採血デビューするまでのトレーニング過程を紹介、平成 23 年度には、採血のリスク VVR について紹介した。
　② 手術部ナースステーションからは、「北大オペ子がご案内する手術部での安全対策」として入室から退室までを紹介した。
2）患者・家族からのアンケート結果では概ね好評な意見が多く寄せられた。
　・自分が納得のいくまで聞いてよいことがわかった。
　・名前をいつも確認される理由がよくわかった。
　・各部署の取り組みを知ることで安心に繋がった。
　・普段見ることのできない部署（栄養管理部、検査輸血部など）の取り組みを知る機会となった。
　・医療者でなくてもわかりやすかった。
3）患者・家族が理解しやすいことを念頭におき、具体的な視覚を多用して作製したポスター展示は、患者-医療者間の相互理解の上で有効であった。

６．苦労した点
積極的に応募する部署が増えてきているが、診療科からの応募が少ない。

７．その他

大分大学

１．タイトル
『医療安全リーフレット』を活用した患者参加の医療安全に関する取り組み

２．概要
「医療安全への患者参加」について理解を深めてもらうよう「医療安全リーフレット」を作成した。患者が入院した時に本リーフレットを配布するとともに、病棟看護師が説明を行っている。

３．背景
従来、患者にとって安全で安心できる質の高い医療を確保するために患者・家族も医療チームの一員として医療の各場面で積極的な参加の協力を呼びかけてきた。しかし、提出されるインシデント事例から、患者・家族の医療安全に於ける理解と協力が得られていない実情が散見された。そのため、患者や家族に対して「医療安全へ患者参加」を更に推進していくため具体的な方法として、リーフレットの作成、配布に至った。

４．具体的な内容
平成 22 年 12 月から、患者参加の医療安全を推進するため、医療安全リーフレット「入院される患者さんへ～医療安全参加へのお願い～」を作成し、入院される患者さんへの配布を開始した。説明の項目はインシデント事例を分析し、「氏名確認」「転倒転落に予防」「薬に関する基本的な確認方法」「病状や治療に関する質問や意思表示」「入院生活に関するマナーについて」「患者相談窓口の活用」の 6 項目とした。また、配布時にリーフレットを用いて患者に説明することにより、説明する職員にも恒常的に医療安全について意識してもらえるという効果も期待できることから、患者への配布及び説明は病棟看護師が行うこととした。このリーフレットの評価のため、平成 23 年度に患者の反応をアンケート形式で調査した。

５．効果
平成 23 年 11 月に入院患者に対し、アンケートによる反応調査を行った。
「リーフレットをとおして、医療安全について理解し、心掛けられたか」の設問に対し、できた・まあまあできたという意見が多かった。その他、各項目別に「理解できたか」の質問に対しては、概ね理解できたとの回答が多数であり、一定の効果があったことが確認できた。今年度（平成 24 年度）は、アンケートの意見を参考に改訂版を作成した。

6．苦労した点
　作成において、患者・家族に示す内容の選択や伝わりやすい表現などについて検討を重ねた。導入に際し、全職員への周知が必要なため、医療安全管理セミナーで説明をした。また、配布する看護職員の説明方法に個人差が生じるため、具体的内容が浸透できるように各部署のリスク担当者を通じて周知を図った。

7．その他
　なし

3　診療記録と医療情報システム

東北大学

1．タイトル
　医薬品-食品相互作用情報の食事オーダー連携システム

2．概要
　食品と相互作用のある医薬品が処方された場合、情報が栄養管理システムに伝達され、対象食品が変更になる。

3．背景
　医薬品と食品との相互作用は、従来問題になっており、実際に医薬品の効果に影響のある食品が給食オーダーで中止されなかったことで治療効果に影響があったインシデントが報告されていた。従来では給食オーダーの中止は看護師によるシステム入力であったが、食品の相互作用に関わる医薬品は多数あり、全てを把握して該当する食品の中止指示するのは難しく、入力漏れが見られた。
　そこで今回、医薬品と食品の相互作用を未然に防ぐ目的でシステム化を検討し、構築した。

4．具体的な内容
　「薬品・食品禁忌テーブル」内の「禁忌薬品登録マスター」に食品との相互作用のある医薬品名とともに7桁のYJコードの情報を登録した。
　また、「禁忌食品区分マスター」に相互作用のある食品をグループ分けしてコードを登録した。栄養管理システム側では、「禁忌食品区分マスター」に該当するグループのコードに対応する、給食の食品を登録した。
　マスターに登録した医薬品が処方されると、該当する食品コードが栄養管理システムに自動送信され、対象グループの食品が他の食品に変更になる。
　また、医薬品のYJコード7桁で登録しているため、同一成分、同一投与経路であれば、先発薬品、後発薬品問わず、システムが機能する。
　持参薬に関しても同様のシステムチェックがかかる仕組みが出来上がっている。

５．効果

システム稼働後１ヶ月(平成 22 年 5 月 1 日～31 日)の処方データを解析したところ、食品中止が必要な患者は 557 名いたが、全て対象食品は中止になっていたことが確認できた。この 557 名のうち、従来の給食オーダーの中止入力が相互作用対象医薬品の処方された後に入力された、または入力無の件数が 90 件あった。これに関してもシステムが有効であったため、これら患者の相互作用のリスクを回避することができたといえる。

６．苦労した点

薬剤師と栄養管理室とで用語の統一、該当食品の検討をするのが大変だった。例えば、薬剤師にとっては「チラミン含有食品」という言葉が通用するが、それがどの食品、どの食材に該当するのか照らし合わせるのが大変だった。該当する薬品をマスターに登録する作業もシステム稼働前は大変だった。

７．その他

千葉大学

１．タイトル

患者給食業務における誤配食防止システムの確立

２．概要

給食に関連のインシデントのうち約 40%は食事の誤配食であり、食物アレルギー患者への禁止該当食品の提供など、食事内容の間違いは重大なインシデントにつながる可能性がある。

患者ごとの食事メニューの決定や食札などの帳票出力は、電子カルテの食事オーダーの情報を給食管理システムに取込み処理することにより行われる。これまでの給食管理システムでは一部の情報の処理が不可能であり、これを作業者の目視確認や手作業により補ってきたが、人為的なミスが食事内容の間違いにつながるリスクが高かった。

そこで、平成 23 年 9 月 28 日の給食管理システムの改修により食事メニューの決定と帳票出力のシステム化を図り、確認帳票の導入と確認体制の整備により誤配食防止システムが確立された。

３．背景

改修前のシステムでは、基本献立はシステムにより管理されているが、患者属性を反映した個人に適切な献立は人の判断に任されていた。人の判断が正しいかどうかの確認するすべがなかった。

４．具体的な内容

1) 電子カルテの食事オーダー情報と給食管理システムの連動による確認帳票の導入

給食管理システムの改修により、電子カルテの食事オーダー情報の全て

（食種・対応項目(病態上の制限など)・患者属性(アレルギー食品など)）を反映した食事メニューが各種の帳票に集計・表示される仕組みを作成し、確認帳票を導入した。

① 調理作業表：料理の種類と数の確認
② 代替料理一覧表：禁止該当食品および対象者、代替料理の確認
③ 食札へのメニュー表示：一人ひとりの食事オーダー情報（食種・病態上の制限・アレルギー食品など）を反映したメニューの確認

2）作業管理マニュアルの作成による確認体制の整備

1)の帳票を活用した作業や確認の手順をマニュアル化し、従業員への教育を行うことで確認体制を整備した。

5．効果

食事内容の間違いに関連した誤配食のインシデントは平成23年4月～9月は4件であったが、9月28日以降は0件となっている。

食事の確認帳票の導入と確認体制の整備により誤配食防止システムが確立され、人為的なミスによる食事内容の間違いの逓減を図ることができた。

6．苦労した点

誤配食防止システムの確立に必要な給食システムの機能は、本院のコンピューターシステムに搭載されておらず、改修予算の承認(10、000千円)が必要であり、承認まで時間を要した(約2年)。この為、対策を2段階（第一段階－アレルギーマニュアルの変更、アレルギー専用食種の作成、嗜好の制限、第二段階－コンピューターによるシステムの確立）に分け実行した為、時間と労力を要した。対策は、リスクマネジメント会議及び栄養委員会にて検討を行い、要望した。

7．その他

4　医療安全に関する教育・研修

東京大学

1．タイトル

医療安全研修強化について

2．概要

研修未受講者の改善と研修強化を目的とする。

3．背景

例年研修未受講者が多く見られていた。

4．具体的な内容

1）研修を統括する総合研修センターの副センター長を兼任スタッフとした。
2）病院長主催の中途採用者研修、臨床研修医研修会を開催した。

3）医療従事者には診療端末 ID の使用を差し止める強い姿勢で対応した。
4）医療従事者以外の職員（非常勤）には雇用継続に影響を及ぼす旨喚起した。
5）職員以外の者に対しても研修を実施した。

５．効果
1）職員や職員以外の者も医療安全に対する意識が高まった。
2）受講率が改善した。

６．苦労した点
1）病院長を始めとする主催スタッフの日程調整に苦慮した。
2）受講状況の把握（特に職員以外の者）に苦慮した。

７．その他

大阪大学

１．タイトル
診療と学習の両立を目指した e ラーニングシステムの開発と実践　～ 医療安全教育の PDSA 支援 ～

２．概要
医療安全教育を効果的に展開することを目的として、e ラーニングシステムを独自開発し、本システムを用いて医療安全講習会や各診療科等における教育、医療安全に関する調査等を行っている。

３．背景
医療安全教育の実施については、専ら集合教育を行っていたが開催場所や開催時間の確保等の課題があった。2006 年 12 月に一般企業向けにパッケージ化された e ラーニングシステムを導入したが、教材作成の操作や医療安全講習会の受講管理等が難しく十分に活用できていなかったことから、本院の医療安全教育に適した e ラーニングシステムを開発することとした。

４．具体的な内容
新規開発したシステムを 2010 年 9 月から運用を開始した。本システムの主な特徴は、1）病院と医学部の異なる環境からシステムへのアクセスが可能、2）病院情報システムから e ラーニングシステムへの ID、パスワードの再入力不要のシングルサインオン、3）ユーザ管理の自動化、4）使い慣れたソフトを用いた容易な教材作成、5）医療安全講習会の動画配信、6）一つの講習会について、講堂で受講した出席者の情報と e ラーニングによる受講者の情報の一元的管理、7)医療安全講習会の修了証明書発行等である。
教育実施に当たっては、そのプロセスを 1）教材作成、2）システムへの教材登録、3）受講アナウンス、4）受講状況モニター、5）受講者及び講師への結果（受講状況や未受講者リスト、テストやアンケート結果等）フィードバックの 5 段階

に分け、各段階の担当者を明確にすることにより教育の進捗を管理した。

5．効果

2010 年 9 月から 2012 年 8 月までに 28 教材を作成した。医療安全講習会については、受講率(ライブ講習 2 回、ビデオ講習 8 回に e ラーニング受講を加えた人数を対象職員数で除算)が、システム導入前の 2009 年と比べて 2011 年春期 23.5 ポイント、秋期 14.4 ポイント上昇した。診療科により作成された教材は、継続して新規及び中途採用者に活用されている。また、アンケート機能を利用することにより、注射実施入力に関する実態調査（任意、医師・看護師計 1,038 人が回答）を実施し、その結果を院内ラウンドの計画や実施に反映させることができた。

6．苦労した点

開発においては、診療の責務を持つ医療従事者が効率よく学習するために必要な機能について、詳細な検討を行った。本システム導入からは、職員に対する本システムの周知に力を入れ、院内ニュース、クオリティマネジメントニュース、医療安全講習会、月 1 回のリスクマネジャー会議等で、本システムの特徴や使用方法について、また、本システムの医療安全上の活用方法についてアナウンスを繰り返した。e ラーニングが認知されるにつれ、各診療科・部門や委員会等から e ラーニングを用いた医療安全教育を行いたいという依頼が増えつつある。

7．その他

医療従事者の安全教育は、診療現場における学習であるため、効率性と業務との両立が求められ、医療現場に適した学習システムと運用の構築が必要である。

秋田大学

1．タイトル

診療科別訪問ミニ研修会

2．概要

医師の医療安全に対する意識改革を行うため、短時間（15～20 分程度）で終了する医師向けのミニ研修会を、各診療科の医局にGRMが出向いて、講演を行った。

3．背景

医療安全に対する職員の意識はかなり高くなってきているが、歴史的にもその多くは看護師に支えられていることは周知の事実である。一方で、昨今の医療裁判では、医師らによる専門技術的な過誤の有無を問われるような内容の事例が増加してきているなど、医師が主体となるべく医療安全活動も不可欠となってきている。しかしながら、当院では、医師からの自主的なインシデントレポート提出数が極端に少なく、医療安全活動の第一歩が、つつみかくさない「報告」から始まる、という意識が大きく欠如していると考えられた。この現状を改善すべく、医師向けのミニ研修会を各診療科別に行うこととなった。

４．具体的な内容
　医師 GRM が、各診療科に医局に出向いて（教授・診療科長が出席する医局会時など)、短時間（15～20 分程度）で終了する医師向けのミニ研修会を開催した。研修会の内容は、1）患者とのトラブル回避について、2）訪問診療科のオカレンスレポートの傾向と対策について、3）訪問診療科の診療記録の記載について、4）訪問診療科の過去に発生しインシデントの傾向と対策について、5）訪問診療科の薬の疑義紹介の傾向と対策について、とした。

５．効果
　目標数値には遥か及ばないが、医師からのインシデントレポートの報告件数は、統計を始めてから過去最高の数値/割合となった。
目標割合（全インシデント報告の 10%）
2008 年：1.95%　2009 年：1.52%　2010 年：1.98%　2011 年：2.76%
2012 年度はさらに昨年度を超えるペースで報告があがってきている。

６．苦労した点
　各診療科のリスクマネジャーと連携して行ったが、一部の診療科（2 診療科）では連携がうまく出来ず、開催することが出来なかった。

７．その他

岐阜大学

１．タイトル
　医療安全に関する部門・部署への出張講義

２．概要
　今年度医療安全に関する部門・部署ごとの課題について、医療安全管理室が現場を点検し、またインシデント報告のデータをまとめ、出張講義を行う。

３．背景
　ここ数年、様々な工夫をして全職員の医療安全研修への出席率は高くなってきた。しかし、医療安全に関する関心が職種・部門・部署ごとに違いがあり、職種別も含めた部門・部署ごとの課題に注目し、研修を行うこととした。

４．具体的な内容
　医療安全管理室が、部門・部署からのインシデント報告を通じて、また現場を巡視し点検した上で、医療安全に関する課題をまとめる。平成 24 年度中に、20 の部門・部署に対して出張講義を実施する。

５．効果
　部門・部署の職員にとっては、医療安全に関する自部署の課題が明確となり、対策に取り組みやすいとの評価をもらっている。また、医療安全管理室にとって

は、部門・部署からのインシデント報告データをまとめることができること、部門・部署の職員とのコミュニケーションが取れ直接的な反応がわかることから、来年度から、更に診療科部門等に広げていきたいと考えている。

6．苦労した点

部門･部署ごとに日程を調整すること。部門･部署の課題をまとめるに当たり、様々な方面から情報を集めて講義内容を検討すること。

7．その他

新潟大学

1．タイトル

部署特有な医療安全管理上の問題を改善するための包括的な取り組み

2．概要

インシデントや医療事故の再発防止には、事例の原因分析、対策案の立案、対策案の実施、評価、検証を行う必要がある。院内全体に関わる部署横断的な問題に関しては医療安全管理部門が主導するが、部署特有な問題は、当該部署が中心になって自発的に取り組むことが望ましい。そこで、部署での原因分析を支援し、対策案立案・実施評価を書面で提出してもらうこととした。この一連の取り組みは、部署の問題とその根本原因をスタッフが認識し、部署全体で改善へ取り組む上で効果が得られた。

3．背景

部署特有なインシデントや医療事故の再発防止のためには、その部署自らが、事例の原因分析を行い、得られた根本原因に対して対策を立案する必要がある。しかし、事例の根本原因の分析がされず、原因を踏まえた具体的な対策案になっていないこともある。また、対策実施後の評価が行われていないこともあり、実際に対策が実施されて効果を上げていることを、自発的に検証することが望ましい。

4．具体的な内容

1）全部署リスクマネジャーに対する RCA 研修会を開催、2）各部署の看護安全管理担当係に対する RCA 研修会の実施、3）部署特有な問題に対する RCA 事例分析の奨励と専任リスクマネジャー（GRM）のサポート、4）改善計画と実施後評価の書面による報告、5）リスクマネジャー全体会議での発表、を実施した。

5．効果

部署での RCA 事例検討会を推奨した結果、2011 年には 9 部署から協力要請があり支援した。そのうち、改善計画書を依頼した部署からは、改善がみられたという報告があった。GRM の支援後、RCA 分析を自部署の安全管理活動に取り入れ、自発的に改善に取り組む姿勢が生まれてきた。一方、自部署のスタッフだけで事

例分析を行った部署ではスタッフに自部署の問題が浸透せず、充分な改善が見られなかった部署もあった。部署スタッフがRCA分析を学び、事例検討に参加することで、根本的な問題点が周知され、問題解決に向けた取り組みが以前よりも積極的になった。また、スタッフが事例検討会の企画・運営に携わることで医療安全に対する意識の向上にもつながったと思われる。

６．苦労した点

各部署の看護安全管理担当係との打ち合わせや部署での学習会にかなりの時間を要するため、より多くの部署で開催するには、時間の調整が難しかった。

７．その他

RCA分析にGRMの支援を依頼するかどうかは､各部署の判断に委ねているため､取り組みには差がある。

また、この取り組みは、現在は看護職のみで実施されている。今後は多職種を交えての実施を浸透させていくことが必要と考える。

富山大学

１．タイトル

出前RCAの実施

２．概要

部署から報告があった警鐘事例をもとに、当該10部署・病棟を中心に現場でRCAを行った。

３．背景

本来、病院内に、警鐘事例や重要な事例を丁寧に分析するためのRCAチームのような活動グループがあれば、発生した事例を病院全体の事例として捉え、多職種で意見を出し合い分析でき、病院全体の安全意識も高められると考える。しかし、現実にはなかなか困難である。そこで、現場のスタッフとともにRCAを行うことで、まず、興味を持ってもらい、事例分析を行うと同時に、少しでも分析の考え方を広めることができればと考えた。

４．具体的な内容

事例発生時、部署のスタッフにRCAの実施を呼びかけ、GRMが先導する形で行った。事例の情報収集、出来事の流れ図、ラベルの作成まではGRMが準備し、現場に出向いて、なぜなぜ分析を展開した。なぜなぜ分析が終了すると、記入したラベルをパソコンに入力し、「まとめ」を部署スタッフに提示し、具体的な対策を現場のスタッフに考えてもらうという手順で行った。

５．効果

丁寧な分析によって、意外な原因が見つかったりすると、具体的な対策に結びつけることができ、RCAに関心を持ってもらうことができた。また、それらの部

署では、2回目以降は部署のスタッフが中心となり、取り組み始めている。

6．苦労した点
RCAは時間外に行うことが多く、現場管理者とスタッフの理解と協力が必要であった。また業務が忙しく、関連する他職種、特に医師の参加が難しかった。できるだけ多職種に参加してもらうための日程調整が困難であったこと、また、RCAを実施する場所の確保にも苦労した。

7．その他

金沢大学

1．指示出し・指示受けの伝達ミス軽減のための勉強会

2．概要
医師（病棟医長を含む）・研修医・看護師（内科系病棟）が集まり、具体例を交えて指示漏れをなくすための勉強会を開催した。

3．背景
1）電子化され、医師の指示がいつでも出せる環境になったことから、病棟での指示出し・指示受けのルールが曖昧になっていた。
2）時間外に出された指示や指示変更により、看護師側で混乱が起きていた。
3）時間帯によっては、看護師の勤務交代時間の関係から、指示受けミスに繋がっていた。

4．具体的な内容
入院患者に不利益が起きないよう改善することを目的に、実際起きたトラブル事例を元に話合い、改善策を検討し実施した。

5．効果
指示出し・指示受けのミスが減少した。

6．苦労した点
医師側と看護師側の意識の差を縮めることに難渋した。

7．その他

山口大学

1．タイトル
指差し呼称定着に向けて

２．概要
　平成 22 年度から、患者誤認防止を目標に掲げてきた。しかし、患者間違いの報告は増加していった。そこで、今年度の目標は、「確認は指差し呼称で！」とした。

３．背景
　確認のためにダブルチェックが行われても確認がおろそかになっている。また、思い込みによる確認作業の省略、PDA 不使用の事例も起こっていた。　昨年度から、看護部では、指差し呼称の定着をめざして各部署でミニレクチャーを行ったり、実施度のアンケート調査を行ったりしたが、なかなか定着しなかった。

４．具体的な内容
　ポスターを各部署と職員用エレベーターに掲示した。今年度、医師へは、アンケートで、指差し呼称に対する意識調査を行い、定着方法を検討する予定である。また、看護師は、昨年から指差し呼称に対するアンケートを行っており今年度も同様の内容で行った。同時期に、入院患者対象でも指差し呼称の実施状況を尋ねるアンケートを行った。アンケート結果は現在集計中である。
　病棟ラウンドでは、指差し呼称定着に向けた取り組みを師長に確認した。

５．効果
　今年度は、昨年度の現時点より患者間違いのインシデント報告が減少している。

６．苦労した点
　医師・コメディカルに対して、指差し呼称をどのような方法で定着させるか、未だ方法が決まっていない。

７．その他

5　処置

筑波大学

１．タイトル
　ハイリスク医療行為マニュアルの作成

２．概要
　ハイリスク医療行為におけるインシデントやオカレンス事例を受けて、研修医がどんな行為が危険であるかを考え、どの科でも比較的よく行われる行為は、どの科でも同じ手順であることが望ましく、院内レベルで統一した手順を整えたいと考え、5 つの医療行為、13 項目にしぼりマニュアルを作成した。

３．背景
　深部静脈穿刺による動脈出血の事例を受けて、ハイリスク医療行為の指導は各

診療科に任されており、院内で統一した手順が必要であると考えた。

4．具体的な内容
1）ハイリスク医療行為の項目を選択
2）ハイリスク医療行為マニュアル作成担当診療科の選出と出来たマニュアルの点検診療科の選択
3）できあがったマニュアルを組織リスクマネージャー連絡会議、リスクマネージメント委員会で審議、承認を得た。

5．効果
「医療事故防止マニュアル」と同じスタイルで、手順を中心にわかりやすくなった。準備-計画-実施-評価・観察とした。

6．苦労した点
作成されたマニュアルを複数の診療科で検討し、意見が分かれたときの調整に苦労した。できるだけ多くの意見を取り入れるようにした。

7．その他
今後は、「医療事故防止マニュアル」各論別冊版として、印刷する予定である。

浜松医科大学

1．タイトル
危険手技の安全な実施：中心静脈カテーテル（CVC）穿刺の標準化

2．概要
CVC 穿刺の標準化として、1）物品の統一、2）シミュレーショントレーニングプログラムを定期的に開催し安全な穿刺手技の普及、3）穿刺時チェックリストの活用、4）チェックリストを用いた現状のモニタリング、を行った。

3．背景
CVC 穿刺は危険手技であるが、院内では物品も手技も統一されていなかった。有害事象が発生しても、合併症だからと報告されないことが多く、現状を正確に把握できていなかった。

4．具体的な内容
1）カテーテルをセルジンガータイプへ変更、単一メーカーに統一した。
2）院内シミュレーションセンターと連携し、超音波ガイド下 CVC 穿刺のトレーニングプログラムを定期的に実施し、その普及に努めた。
3）スタッフ間のコミュニケーションを促す項目を取り入れた CVC 挿入時チェックリストを作成しカテーテルキットに同梱して払い出し、医師と介助する看護師の共同でチェックリストを実施することにより穿刺時の安全性向上を目指した。

4）チェックリストを医療安全管理室に提出してもらい病院全体での合併症把握、分析に用いている。

5．効果

医師・看護師共同でチェックリストを活用することで、安全確認の行為が意識化された。また、挿入に伴うリスクやカテーテル先端位置確認など、安全に関するコミュニケーションが活発化した。

エコーの使用状況やカテーテルの固定位置が適切かなどもチェックリストから把握でき、今後の教育の指標が得られている。

6．苦労した点

大学病院には様々な背景を持つスタッフがおり、また、その入れ替わりも激しいため、標準化には時間を要する。

7．その他

香川大学

1．タイトル

CV 施行医認定制度の導入

2．概要

CV カテーテル挿入は日常的な医療行為ではあるが､常に合併症のリスクを伴う危険な手技である。当院は、CV カテーテル挿入に際して、CV カテーテル挿入マニュアルを作成し、CV 施行医の認定制度を導入した。

3．背景

CV カテーテル挿入は、日常的な医療行為であるが、合併症や感染症のリスクもあり、危険を伴う手技である。そのため、十分に吟味した上での適応とリスクを踏まえた CV カテーテル挿入が必要となり施行者に対する日頃からの教育も重要な課題となる。そこで当院は安全に CV カテーテル挿入を実施するために CV 施行医認定制度を導入した。

4．具体的な内容

1）医師免許修得 6 年未満のもの（初期研修医・後期研修医）

① 実技研修の受講：1 回

② CV カテーテル挿入介助：3 回

③ 診療科長の推薦（初期研修医：卒後臨床研修センター長、後期研修医：所属診療科長）

▲初期研修医は、指導医*) の指導下で施行する。

*) 指導医の要件：厚生労働省の指定する指導医養成講習会受講済のもの

＊他施設で初期研修を修了した後期研修医

① 他施設での CV カテ―テル挿入介助:3 回（経験状況を自己申請：技術認定

カードに記載）
② 実技研修の受講：1回（当院の研修）
③ 所属診療科長の推薦
2）医師免許修得後6年以上のもの
① 所属診療科長の推薦

5．効果
平成24年10月1日から運用開始のため、効果は1年後に評価する予定である。

6．苦労した点
各診療科・卒後臨床研修センターの理解を得ること。

7．その他

京都大学

1．タイトル
持続的血液濾過透析（CHDF）を病院全体で管理するシステムの構築

2．概要
CHDFに関する教育、物品の管理、機器の取扱いを院内で統一し、これらの仕組みをマニュアルにも明記し運用を開始した。

3．背景
CHDFは集中治療領域や肝移植領域の治療として発展してきた背景があり、京大病院においても、それぞれの部署が別々に取り入れてきた経緯があった。CHDFの教育、訓練も部署毎、職種毎で行われてきた。院内でCHDFを統括するシステムが無く、部署任せであったことが背景要因のひとつとなり、知識不足を招き、脳死肝移植後の患者における死亡事故が発生した。この事故は物品の取り違え（血液濾過器と血漿分離器）によるものであったが、これを単なる物品の取り違えと捉えては、問題は解決できない。

4．具体的な内容
医師が主体となり行ってきたCHDF回路組立てを臨床工学技士が行うことにし、臨床工学技士の増員と24時間当番制を導入した。医師、看護師については職種別の研修を定期的に行い、研修の開催については医療機器安全管理委員会が責任を負うものとし、講師を腎臓内科医師、臨床工学技士が担う。以上の取り決めが明記され、全ての職種が参照できるCHDFマニュアルを作成した。物品の取り違えリスクをなくすために、セット化、棚のラベル表示を行い、物品の管理については、病棟看護師長と医療材料部と医療安全管理室が関与することにした。

5．効果
医師がCHDFの組立てを行わなくてもよい体制に移行し（ただし、集中治療領

域の医師はその手技が求められるために医師が行う)、より安全になった。CHDF用にセット化された物品を使用することで、取り違えリスクを軽減した。部署任せの教育が病院の管理下になった。

６．苦労した点

臨床工学技士の仕事量が多く、その中で 24 時間当番体制を組むためには、最低限の人員増が必要であった。しかし、増員しても訓練を受けなければ CHDF に対応することはできないため、増員後ただちに CHDF 取扱いを臨床工学技士の担当にすることは困難であった。数ヶ月間の訓練を経て、現在、ようやく 24 時間臨床工学技士による組立て体制が整った。

７．その他

6　組織横断的ケア

福井大学

１．タイトル

ユビキタス人工呼吸器装着患者見守りシステムによる医療安全管理

２．概要

「院内の一般病棟で使用している人工呼吸器及びパルスオキシメータに無線端末を取り付け院内LANに接続する。人工呼吸器の状態をリアルタイムに収集し、各種アラーム情報やトレンドグラフと組み合わせタブレット PC などのモバイル端末に表示する。これにより医師、看護師及び臨床工学技士などの呼吸ケアチームがアラーム設定や数値トレンドを元に電子的なラウンドを行う事が可能になった。その結果、自分でナースコールを押せない人工呼吸器装着患者の総合的な医療安全の向上、及び医師、看護師、臨床工学技士、呼吸理学療法士等々の負担軽減を行うことができた。

３．背景

これまで当院では、ICT 技術を用い、医療用ポンプなどアラーム機能を備えた医療機器を、警報を速やかに察知できるユビキタス環境の整備を行ってきた。しかしながら、夜間の一般病棟では、医療従事者の人的資源が脆弱であるためアラームが聞こえない場所に看護師がいた時に迅速な対応が困難であった。また、近年のインシデント報告では、高度化した人工呼吸器の取り扱いを一般病棟の看護師が手間取った事例があり、異常発生時の速やかな呼吸ケアチームからのサポートが求められてきた。当院看護スタッフ側からも、生命維持装置である人工呼吸器の遠隔モニタリングは喫緊の要望であった。

４．具体的な内容

人工呼吸器装着患者に特化した専用無線端末を製作し、院内 LAN 環境下で人工呼吸器ベネット 840 型の全データの遠隔収集を行う。これにより機器のアラーム

だけでなく分時換気量や最大回路内圧などの数値データをトレンドとしてスマートフォンやタブレット PC に表示させることが可能になった。同時に SpO_2 を本機に接続し、機器の異常や動作状況を呼吸ケアチームの持つモバイル端末に表示することも可能とした。

5．効果

医療機器からアラームが出ても自分でナースコールを押せない人工呼吸器装着患者の医療安全の向上を図ることができた。得られたトレンドデータを元に呼吸ケアチームが人工呼吸器の効果的な使用計画を立てることで、医療の質を高めることができた。一般病棟に設置された人工呼吸器のデータをモバイル端末にてベッドサイドの看護師と呼吸ケアチームがリアルタイムに共有することで、院内患者の夜間急変に対しても看護師への担当医や臨床工学技士のすみやかな助言や協働が可能になりチーム医療の活動に効果があった。

6．苦労した点

生命維持管理装置である人工呼吸器は、一般病棟で使用される医療機器のなかで最も複雑であり患者に対する危険度が高い。しかも、年々高度化し装置ごとの操作・運用及びアラーム設定に関する専門的な知識が求められている。本システムでは、人工呼吸器の専門家に看護スタッフが容易にアドバイスを受けられる環境を整え、設定値の変更などのデータ入力の手間を極力減らすことを心がけ開発を行った。また、機器の設定パラメータを設定値と現在値を比較し設定間違いを未然に防ぐ環境の整備が重要であり、電子カルテとの連携が今後の課題である。

7．その他

今年度では、既存の電子カルテシステムとの接続性を重視した構成に修正した。電子カルテと連携することが入力の手間や入力間違いを減らす第一の解決手段である。また、病院の各部門で医療機器の管理に使用している PC の Excel などのソフトウェアからネットワーク経由で簡単に医療機器のデータを取り出して利用する事ができるようにする予定である。

熊本大学

1．タイトル

医療安全管理部と ME 機器センター合同による人呼吸器装着患者の医療安全ラウンド

2．概要

毎週火曜日午後 1 時より医療安全管理部と ME 機器センター職員による人工呼吸器装着患者の部屋を訪問し、人工呼吸器の安全使用に関するチェックを行っている。

3．背景

人工呼吸器のトラブルは患者の生命に直結するものであるため、機器の管理と

患者の安全の管理の観点より、院内で統一した管理の周知を目的に、2003 年より継続して行っている。

４．具体的な内容
人工呼吸器の作動状態（医療ガス接続、電源接続、呼吸回路の不具合、換気設定条件、モニタ値、アラーム設定条件等の確認）、事故抜管時の緊急対応物品の確認、心電図モニタの装着確認、その他使用されている医療機器の作動状態確認、患者ケア上の問題の有無の確認を患者毎に巡回しチェックする。

５．効果
呼吸回路の破損の有無、加温加湿器の水不足、電源接続の不備（一般電源に接続）、心電図モニタのアラーム設定不備、輸液ポンプの電源接続忘れ、緊急時の準備、始業時点検の有無などをタイムリーに確認でき、職員に周知できる。

６．苦労した点
人工呼吸器患者が多い場合は時間がかかる。

７．その他

九州大学

１．タイトル
多職種による転倒パトロール活動

２．概要
転倒の状況確認、情報収集を深めるため、看護師・医師・理学療法士・作業療法士等で実際に転倒された患者のベッドサイドで聞き取りを行い、対策に繋げる。

３．背景
転倒転落事例が発生した時には、インシデントレポートによる報告が行われているが、記載内容から転倒に至った状況、どのような行動、動きが影響したかが十分把握できない場合が多い。

４．具体的な内容
報告された事例からピックアップして、ベッドサイドで患者に聴きながら、転倒した状況を再現することで転倒に至った具体的な事実を確認する。
また、どうすれば良かったか、あるいはどうして欲しかったかなど、患者なりの意見を聴く。

５．効果
インシデントレポートの紙面からは把握できなかった情報を確認できた。
患者は、すべてを看護師に伝えていないし、看護師も概要がわかれば踏み込んで詳細な確認が出来ていない実情が確認できた。

6．苦労した点

事例の選択：協力を頂けそうな患者かどうか、発生後早期に訪問する必要があること、メンバーの招集できるタイミングなど調整に手間がかかった。

7．その他

7　医薬品

山梨大学

1．タイトル

内服薬に関するインシデント減少への取り組み

2．概要

看護師管理となっている内服薬が指示通りに投与されるために、与薬時に必要とされている 5R の確認の実施状況を、直接与薬に関わる看護師に対して調査した。その結果、平成 22 年度と比較し、内服に関するインシデント報告が 270 件から平成 23 年度は 209 件に減少した。また、内服に関する患者間違いの報告も 10 件から 3 件に減少した。

3．背景

例年、インシデントレポートで報告されている内容の中で、内服や注射など薬剤に関するインシデントが多くを占め、平成 22 年度では内服薬投与時の患者間違いが 10 件報告されていた。インシデントの原因として、どの事例も「処方箋をベッドサイドに持参し、患者確認をする」ことを怠ったことが挙げられていた。そこで、各セクションで処方箋の持参方法を調査し、処方箋をベッドサイドに持参する為の改善方法を検討した。その上で、正しい与薬方法が実践されているか、5R 確認の状況を調査した。

4．具体的な内容

1）GRM が各セクションをラウンドし、処方箋の管理方法とベッドサイドへ持参しているか等について現状調査を行い、看護師長会で報告。
2）各セクションで確実に処方箋をベッドサイドに持参できる方法を検討。
3）正しい与薬方法実践の現状調査を、全セクションで同じ調査用紙により実施。
- 調査内容は、処方箋をベッドサイドに持参しているか、内服薬投与における 5R（患者名、薬剤名、投与量、投与時間、投与経路）が正しく確認されているかについて実施。
- 調査は、あらかじめ調査期間をスタッフに伝えた上で、実際の調査時には「今から調査する」ことは調査対象者には伝えずに実施するようにした。
- 調査の結果から各セクションでの課題と改善策を検討。

4）調査は 2 回/年（9 月、12 月）で実施し、調査の結果をその都度看護師長会で報告した。

５．効果

1）処方箋を確実にベッドサイドに持参できるようにする為に、各セクションで処方箋の管理方法や配薬の方法を検討することで、セクションの特徴を踏まえた上で、各セクションで統一した方法をとることができるようになった。

2）各セクションでスタッフ相互に実施状況を調査することにより、自部署での課題が明確になり、改善に向けて取り組むことができた。

3）内服薬を与薬する場面を他者に調査されているかもしれないと意識することで、与薬前の薬剤と処方箋との照合を意識的に実施するようになった。

６．苦労した点

調査期間を限定し実施したが、セクションの特徴から、看護師が与薬する対象となる患者が少ないセクションや、夜勤等、勤務の状況から期間内に調査ができないセクションがあり、調査期間を延長した。調査結果の報告がタイムリーにできない状況があった。

７．その他

今後の課題として、

1）調査することで意識的に 5R の確認ができていても、時間の経過とともに意識的に実施することができなくなる可能性があり、正確な薬剤の投与を継続する為には調査を定期的に実施する必要がある。

2）患者名や薬剤名の確認は意識しやすいが、薬剤の量に関しては、患者の状態により変更されることもあり、その指示変更が正確に伝わらない為に、指示変更前の量で投与されてしまうことがある。指示出し・指示受けを確実に行った上で、指示の伝達についても確実に実施できるようにすることが今後の課題である。

島根大学

１．タイトル

インスリン関連のインシデント減少のためのインスリン指示書記入の周知徹底

２．概要

インスリンに関連したインシデントを減少させるため WG を立ち上げ、2009 年 12 月にインスリン指示書の改訂をした。研修会で変更の目的、運用の説明をした。しかし、その後 DM ラウンドにより指示書の記入方法にばらつきがあり、指示がわかりにくい。

３．背景

インスリン関連のインシデントが 2010 年 70 件、2011 年 67 件であった。指示書の記入方法にばらつきがあり、そのための指示の見間違い、確認不足に関連したインシデントが多い。指示書の記入方法の周知、徹底が必要と判断した。

４．具体的な内容

2012 年 3 月に内分泌代謝内科の医師によりインスリン指示書の記入方法についてリスクマネジャー会議にて説明会をしてもらった。その後各部署にインスリン指示書の見本をファイルし配布した。医師は記入時、看護師は指示の確認に活用してもらうこととした。

５．効果

2012 年 4 月からのインシデント報告件数は、10 件/月程度とあまり変わらないが、インシデントの内容及び原因においては指示書の見間違いの件数は減少した。指示書の記入方法については徐々に周知できつつあると考える。しかしオーダー入力をしていないことでの未投与の件数が増えていることは今後の課題である。

６．苦労した点

７．その他

山形大学

１．タイトル

薬袋の表示を改善：カラー印刷可能

２．概要

患者が薬袋の表示を見て、薬の飲み方がわかりやすくなるように工夫した。入院中の処方箋・退院処方箋すべてに大きく朝・昼・夕・寝る前と表示することができた。また、与薬カートと同じ色に統一した。

３．背景

患者が自己管理している場合などのインシデントとして、内服間違い事例が多くあった。そこで、一部部署の看護師と担当の薬剤師等で話し合いがもたれた。そして、その部署で薬袋にカラーでの印字を始めた。しかし、担当薬剤師の業務負担となり、全体に対応することができないままになっていた。

４．具体的な内容

1）一部の部署で薬袋にカラーでの印字を始めた。しかし、担当薬剤師の業務負担となり、全体に対応することができないままになっていた。

2）同じように薬袋にカラー印字していた部署が出てきたが、与薬カートとの色の違いがあり、内服時に混乱したインシデントが発生した。

3）朝・昼・夕・寝る前のカラーシールを作成し、現行の薬袋に貼り付ける部署が出てきた。そこで、貼り付ける作業（看護師）が増加した。

4）薬剤部内の印刷器で薬袋の印字がカラー対応できるかを確認した結果、一部修正が必要であったが、現状の機器のままで可能であることがわかった。

5）今回のカラー印刷を導入しても、コスト的な面

で大きく変わらないことがわかった。
6）以上の方法を薬剤部から通知してもらった。また、サブリスクマネージャー会議・PDCA サイクル事例発表会で発表し周知を図った。

５．効果
1）内服薬の飲み方がわかりやすくなった。
2）患者さんからもわかりやすいと好評であった（高齢者にも見やすく、薬籠に入っている状態や薬袋数が多くても、わかりやすく、取り出しやすい)。
3）薬袋にカラーを導入してもコスト面では問題なかった。

６．苦労した点
一部の部署で工夫改善した内容が全病棟で使用できるかどうかを調整することが難しかった。

７．その他

群馬大学

１．タイトル
造影剤使用の提言について

２．概要
造影剤アレルギー既往患者と喘息患者に対する造影剤使用（ヨード造影剤、ガドリニウム造影剤共通）については、アナフィラキシー様ショックや喘息発作出現の可能性が高くなることが知られている。これらの患者に対する造影剤使用検査は、その有益性が不利益性を十分上回る場合のみ施行し、検査施行前に起こりうる合併症について患者に十分説明し、同意をとり、その旨カルテに記載する。
さらに提言に沿った処置を施行する。この処置は一定の効果があるものとされているが、実施した場合でも、アナフィラキシー様ショックや喘息発作の出現を完全に防ぐことはできないことも十分患者さんに説明する。
提言に沿った対応がなされていない場合には、検査予約医師に連絡せずに、検査内容を変更する。提言に沿った処置を未施行で検査の実施を希望する場合には、検査予約医師は検査に立ち会う旨、検査予約画面に記載して検査に立ち会う。なお、検査直前のステロイド静注は無効であることに注意する。

３．背景
軽度の造影剤アレルギー既往患者に対する造影剤使用検査が予定されていた場合、撮影現場である放射線部門において、造影剤使用の可否の判断がつきにくい状況が頻繁にあり対応に苦慮していた。

４．具体的な内容
提言に沿った処置が未施行の場合には、検査予約医師に連絡せずに、検査内容を変更することとした。また、提言に沿った処置を未施行で検査の実施を希望す

る場合には、検査予約医師は検査に立ち会う旨、検査予約画面に記載して検査に立ち会うこととした。

5．効果

造影剤アレルギー既往患者 89 名に対し 112 回処方を行ったが、不適当症例が 3 名あり評価可能数は 86 名に対しての 109 回処方となった。処方理由は、CT 撮影 97 回、AG 撮影 9 回、MRI 撮影 5 回であり、処方薬剤はメドトロール 89 回、メドトロール＋レスタミン 12 回を使用した。その結果、109 回中、2 回 2 名が前胸部に軽度の発赤を認めた。

また、喘息患者 22 名に 29 回処方を行った。処方理由は、CT 撮影 23 回、AG 撮影 3 回であり、処方薬剤はメドトロール 28 回、メドトロール＋レスタミン 1 回を使用した。その結果、CT 後の喘息発作の出現についてカルテ記載のあるものはなかった。

6．苦労した点

提言を作成するにあたり、医師（呼吸器・アレルギー内科、循環器内科、腎臓・リウマチ内科、放射線部）、看護師、薬剤師による話し合いを複数回にわたって行い、各会議等で作成案を提示して意見を集めながら適宜反映してまとめる必要があった。

7．その他

琉球大学

1．タイトル

医療従事者の抗がん剤曝露被害防止対策

休祝日での病院（不適切な環境下）における抗がん剤の混合調製が減少した。

2．概要

休祝日に安全キャビネットを使用せず、不適切な環境下（病棟）で医師による抗がん剤の混合調製が実施されていた。そこで、薬剤部と連携し、病棟（不適切な環境下）における抗がん剤の混合調製廃止に取り組んだ。

3．背景

1）6～7 日連続実施のプロトコールがある患者の状態や都合で、休祝日に化学療法を実施しなくてはならない。
2）薬剤師の休祝日勤務人数が少ない（人員不足）。

4．具体的な内容

1）休祝日の化学療法実施件数が最も多い病棟へ、安全キャビネットを設置した（平成 23 年 12 月）。
2）5 - FU 予製調製の実施（平成 23 年 8 月開始）。
3）毎月、関連する会議で薬剤部から、診療科毎の実施件数、予製調製件数、安

全キャビネット使用下での実施件数、安全キャビネットを使用せず病棟で実施した件数を報告し、リスクマネジャーから各部署のスタッフへ指導した(平成 23 年 4 月開始)。
4) 安全キャビネットの適正使用について薬剤部から指導。
5) 薬剤部にある安全キャビネット使用手順の改訂(使用方法がわかりやすい工夫)。

5．効果
休祝日に実施されている抗がん剤の病棟混合率は、対策実施前(平成 23 年 4 月)は 100%であったが、1 年後の平成 24 年 3 月は 15.4%まで減少し、平成 24 年 7 月と 8 月は 0%になった。

6．苦労した点
1 つの対策では効果はなく、各部署に適した対策を立てなければならない。対策を周知徹底すること。

7．その他
各部署と連携し、いくつかの対策を立て、部署毎に対応をしていかなければならない。直接スタッフへ働きかけるリスクマネジャーの果たす役割は大きい。病院長の意識が大きく影響し、良い結果につながった。

岡山大学

1．タイトル
薬剤部での抗がん剤鑑査・混合調製完全実施体制の整備

2．概要
従来、外来治療と一部の入院治療を対象に行っていた薬剤部での抗がん剤鑑査・混合調製を平成 22 年度から 2 年半かけて 24 時間完全実施可能な体制に整備した。

3．背景
入院抗がん剤治療においては、医師や看護師が、安全キャビネットなどが整備されていない病棟で抗がん剤を調製していたため。

4．具体的な内容
「未調製抗がん剤は薬剤部から出さない。」ことを病院全体の目標とし、腫瘍センター、病棟医長会、薬剤部、看護部、医療安全管理部が連携し、病院全体を巻き込んだ体制整備を行った結果、緊急レジメン登録体制、薬剤部内体制整備(平日・土日・夜間:夜間は 10 月半ばから導入予定)ができた。これにより、ブスルフェクスのような夜間投与薬剤も薬剤部で鑑査・混合調製が可能となった。

５．効果
　職員の労働環境がより安全になった。薬剤部での鑑査・混合調製という安全弁が機能することでより安全な抗がん剤治療が可能となった。
　部門を超えた職員のコミュニケーションが推進された。

６．苦労した点
　職種間のコミュニケーション不足による誤解を解消すること。長期化するプロジェクトへの病院全体の関心を低下させないこと。

７．その他
　本プロジェクトのコアメンバーである薬剤部製剤室スタッフが本テーマで学会発表を行った。

滋賀医科大学

１．タイトル
　薬剤部内での調剤過誤防止への取り組み

２．概要
　調剤者に薬剤部内の監査で指摘された点、あるいは間違えたまま部外に払い出されてしまった事例について、個々に記録を残してもらい、その記録を集計・分析する。情報収集は年３回１ヶ月間ずつ実施。個別指導で介入し、調剤間違いの数・インシデントレポート提出件数の変化で評価を行った。

３．背景
　病棟への薬剤師配置に伴い、薬剤師の業務負担の増加が懸念された。業務負担の増加が調剤ミスにつながらないように様々な工夫がなされているが、一定の割合で調剤ミスは起こってくる。その方策の一つとしてデータに基づいた指導を導入した。

４．具体的な内容
　調査期間中の処方箋枚数はおよそ５万枚であった。ミスの内容は「薬品違い・規格違い・数量違い・分包間違い・計量間違い・内袋間違い・交付違い・入れ忘れ・その他」に分類。個人毎の傾向と数量を把握し、個人にフィードバックした。ミスが多い薬剤師には上司が面談を行った。

５．効果
　薬剤部全体で１回目（0.44%）から３回目（0.26%）の調査で調剤時のミスは減少した。個別のデータでは、ほぼ全員のミスの件数が減少した。データに基づき間違いやすい薬品の洗い出しが進んだ。

６．苦労した点
　データの集積。

７．その他

医療安全管理ではシステムの問題としてとらえることが強調されているが、調剤業務という専門性の高い業務では、個人の特性を把握し指導することがミスの減少につながることが示された。

8　手術【重点項目】

東京医科歯科大学

１．タイトル

WHO 手術の安全チェックリストの導入

２．概要

手術の安全性を高めるために周術期の各フェーズで、すべての作業を中断して立ち止まり、患者・術式・部位・合併症、予測される危険性など複数の医療者で確認できるWHO手術安全チェックリストを現状に合わせたものに作成し導入した。

３．背景

平成 20 年より患者誤認・手術部位の取り違い防止に向け、術前マーキングとタイムアウトを導入し、平成 22 年度の実施率は 99.1%となった。手術における患者誤認、手術部位の間違いは発生していないが、麻酔器の誤作動、退室時のネームバンド装着忘れなどのインシデントは無くなっていなかった。平成 23 年に WHO 手術安全チェックリストを使用したタイムアウトを導入しようとワーキンググループを設置した。導入にあたっては、現状に合わせた内容になるよう改変し、現場のスタッフが目的を十分に理解し、同じ認識でチェックリストを用いた安全確認ができるように検討し、試行と改善を重ねながら本稼働のプロセスを踏んだ。

４．具体的な内容

1）平成 23 年 3 月～手術の安全チェックリストワーキングを立ち上げ、チェックリストが現状に合うように内容を検討した。

メンバー：手術部長、麻酔科 RM、手術部師長（RM)、手術部看護師、脳外科 RM、整形外科 RM、肝胆膵外科 RM、頭頸部・耳鼻科 RM、医師 GRM、看護師 GRM2 名

2）4 月　改善されたチェックリスト（試行版）を、WG でシミュレーションを行い修正した。

3）5 月　チェックリスト（試行版）を使用し、全身麻酔下手術 5 例（WG メンバー担当の手術）でプレテストを実施、その結果をもとに WG で再検討した。

4）6 月　RM 会議にて全手術症例についてチェックリスト（試行版）の開始を通知。また、手術部運営会議にも通知した。

5）7 月　チェックリスト(試行版)を使用したタイムアウトを全手術症例で導入。職員が統一した行動がとれるよう、具体的な行動を文章化し資料として配付した。

6）8 月　全手術症例での実施後に手術室を使用する診療科の RM、手術部看護師にアンケート調査を実施。また、チェックリスト（試行版）の実施率は 7 月 4 日～8 日までの手術症例 157 件中 156 例が実施され、未実施は 1 例のみで 99.3%であった。
7）9 月　アンケート調査の結果をもとに最終調整。（各項目におけるチェック内容の言葉と確認するタイミングについてや、運用面の質問や意見があった）
8）10 月～チェックリストを完成させ本稼働開始

5．効果

チェックリストは試行版の時点で 93.3%の手術で実施できていた。このことは、以前からタイムアウトを導入し必要性を職員に周知、実践できたことと、チェックリストを現場が使いやすいように繰り返し内容を調整したことで職員に受入れられやすかったことによると考える。また、「サインイン」「タイムアウト」「サインアウト」の各場面で確認のイニシアチブをとる担当職種を明確にしたことで、各自が責任をもって実施できたことも導入がスムーズであった理由のひとつである。平成 23 年 10 月の導入後からは、麻酔器の誤作動、退室時のネームバンド装着忘れなどのインシデントは発生していない。

6．苦労した点

ワーキングでできるだけ現場に受け入れられる言葉や表現を検討したり、いつ、誰がどのように確認するか、確認項目の意味についても明文化したりするとともに、説明を継続した。

また、アンケートで現場の声も聞きながら、それを反映し改訂と試行を繰り返しながら導入した点は苦労した点でもあるが、効果的だったとも言える。まだ、個人レベルでは、解釈を違えて捉えていたり、何度も説明をしても質問されたりするケースもあるが、異動の多いことも考慮し、丁寧に対応している。

7．その他

今年の実施率はほぼ 100%（平成 24 年 7 月 15 日～28 日の 311 件）となっているものの、ネームバンドの再装着忘れが今年度に入り 2 件あり、チェックの形骸化などが懸念される。今年度もアンケートをとり、その結果より、さらに一部改訂する、手術部運営会議にて再度説明会を行うなど、実施率だけでなく、今後はチェックの質に ついても実地点検を行っていく必要があると考えている。

高知大学

1．タイトル

チームで取り組む医療安全
～WHO ガイドラインに基づいた、手術部チェックリストの作成と実施～

2．概要

本院の手術前確認記録とタイムアウトについて、「WHO 安全な手術のためのガイ

ドライン 2009」手術安全チェックリストに基づき、①麻酔導入前、②皮膚切開前、③手術室退室時のチェック項目やタイミング等、内容を改正した。また手術時の有害事象回避のためにはノンテクニカルスキルが最も重要とされており、チームの活性化を図るために、コミュニケーションの向上として、自己紹介や予測される問題点などをあらかじめ確認すること等を実施して、チーム力を発揮できるようにした。また、チェックリストを変更したことに伴い、手術前確認記録用紙の改正も行った。

３．背景

当院では、手術時のチェックは行ってきたが、執刀前にチーム全員が手を止めて行うタイムアウトが十分できていないことがあるなど、チェック機能が十分働かなくなっていた。また、チームで安全な手術を提供するためのコミュニケーション不足もあり、麻酔科医師や看護師が危機感を抱いていた。

４．具体的な内容

WHO 手術安全チェックリスト実施マニュアルの手順に沿って、麻酔科医と手術部看護師が協働して、手術安全チェックリスト改正に向けての取り組みを行った。

1）平成 24 年 5 月　ガイドラインの勉強会や、WHO 手術チェックリスト作成までの世界的な動き等の情報を収集
2）6 月　新チェックリスト案作成
3）7 月　各診療科に対して、新チェックリスト導入に向けての説明会開催タイムアウトの方法（コミュニケーションの部分）の DVD 作成
4）8 月　手術を行う診療科及び手術部への説明会を開催
5）9 月　新チェックリスト導入前のアンケート調査を手術に関係する医師と看護師に実施
6）9 月 18 日　新チェックリスト及び新手術前確認記録用紙の使用を開始
7）9 月 19 日　全職員に対し、医療安全管理研修として、手術部の取り組みを報告（第 2 回 10 月 5 日開催）

WHO 手術安全チェックリストの手順チェック項目は以前より行っており、今回は、タイムアウトのタイミング変更や、コミュニケーションのチェック項目を加えたことが新たな点である。

５．効果

６．苦労した点

７．その他

宮崎大学

１．タイトル

手術安全チェックリストの導入

２．概要
　手術の安全を確保するための手順として「WHO 手術安全チェックリスト 2009 年改訂版」を参考に本院における手術安全チェックリストを作成し、平成 24 年 9 月より試行している。

３．背景
　執刀前のタイムアウトは以前より行っていたが、その方法は術者が口頭で患者氏名、術式（左右）を伝え、麻酔科医と外回り看護師が「説明同意書」で確認するというものであった。術前に確実に管理しておかねばならなかったドレーン管理の不足により皮膚切開後に手術中止となった事例があったため、手術内容の共有、確認事項の徹底を早急にはかる必要があった。

４．具体的な内容
　チェックリスト導入にあたり、模擬手術の場面でチェックリストに沿った確認方法をビデオに撮影し、手術部連絡会議や、全部署の病棟医長、外来医長、看護師長らの参加する病院連絡会議にて上映し、共通理解を図った。

５．効果
　9 月より試行し、10 月より本稼働としているが、現在局所麻酔以外の手術では全てチェックリストに沿って行われている。チームとして手術における重要事項を共有し、声をかけあうことで、良い雰囲気の中で手術開始できるといった医師、看護師の感想が聞かれている。

６．苦労した点
　まだ開始したばかりであるが、コミュニケーション不足による事故事例が実際に発生していたため、導入にあたっては、その必要性を共通理解してもらうことで、麻酔科他、診療科医師らの協力も得られ、比較的スムーズに導入に至っている。今後の経過を見ながら評価していく予定である。

７．その他

長崎大学

１．タイトル
　患者の手術部入室時の主治医同伴

２．概要
　当院では以前より、患者誤認防止のため、麻酔科管理症例に関しては手術部への患者搬送は、主治医と病棟看護師と共に実施している。また、オンコール手術でも同様に行っているが、やむをえない時のオンコール手術においては、主治医が手術室に待機し、手術室で患者確認を行っている。

３．背景
入室時患者取り違え等の医療事故が様々な施設より報告されている。手術前等投薬等の影響で患者確認が不十分になりやすい事が影響しているものと思われる。当院では患者誤認予防目的で主治医同伴による手術室搬送を行ってきた。

４．具体的な内容
指示された時間に主治医と病棟看護師が患者を手術室に搬送する。

５．効果
患者誤認防止ができており、患者自身にとっても、担当する医師と病棟看護師が一緒にいることで、また、声掛けを行うことで安心感につながっていると思われる。術前訪問した麻酔医、手術部看護師に引き継がれることは更なる不安除去ができ安心感に繋がっていると思われる。
主治医は、入室直前の患者の状態を把握でき、麻酔医との連携も円滑に行える。

６．苦労した点
手術件数の増加に伴い、手術部への患者搬送時、主治医同席に時間がないといった意見があったが、安全管理者サイドからも当院として廃止できないことを再度周知徹底した。

７．その他
近年の手術件数増加により、手術室在室時間の短縮が求められている。主治医が速やかに手術室内へ入室できるシステムが必要であるが、今後の課題である。

鹿児島大学

１．タイトル
周術期肺塞栓予防についての取り組み

２．概要
当院では、これまで「静脈血栓塞栓症」への対策として危険因子や予防法を医療安全管理マニュアルに掲げ取り組んできたが、DVT 関連のインシデントを受け、平成 21 年度よりガイドラインに基づいたマニュアル整備に着手し、平成 22 年 11 月に周術期肺塞栓症予防マニュアルを作成した。以降、弾性ストッキングコンダクター養成講習会を当院共催で開催し、院内シンポジウム開催へと結びつけ、職員の知識・技術向上を図り患者指導の充実化を目指している。

３．背景
1）周術期の肺塞栓合併について、職員の認識不足・リスク意識不足や部門・部署間の差があった。
2）術後後期の肺塞栓症発症や抗凝固剤中止中の脳梗塞発症、弾性ストッキングのサイズ選択ミスによる皮膚トラブルの発生等の事象が発生し、肺塞栓症予防に対する職員の意識・知識の向上を図る必要があった。

４．具体的な内容
1）当院のDVT予防対策における現状把握のために全診療科に対しアンケートを実施、文献検索、他施設のマニュアル等参考資料検索による収集
2）皮膚トラブル事例等を受けて、院内で採用する弾性ストッキングの規格・メーカーの検討
3）周術期の肺塞栓予防マニュアル作成（平成22年11月）
4）弾性ストッキングコンダクター養成講習会を当院にて開催（受講者 127 名、うち当院職員35名）（平成23年5月14日）
（主催：日本静脈学会　弾性ストッキングコンダクター鹿児島地区講習会、共催：鹿児島大学病院）
5）「周術期の肺塞栓予防対策」シンポジウム開催（平成23年8月4日）

５．効果
平成23年度、整形外科病棟及び消化器外科病棟が、「医療安全確保のための業務改善計画書」にてDVT予防のためのスタッフ教育・患者指導計画を提示し、積極的取り組みを行い、結果、両診療科においては重篤な肺塞栓症の発生は0件という結果であった。また、弾性ストッキングコンダクター養成講習会受講修了者によって各部署でのストッキング適正着用のための指導教育が行われている。

６．苦労した点
マニュアル作成においては院内共通を目指したが、診療科毎の特性があり、部門に特化した内容に分けざるを得なかった。

７．その他

徳島大学

１．タイトル
周術期における四肢の血流障害予防策の取り組み

２．概要
手術中の血管外漏出や弾性ストッキングが原因と考えられるインシデントを経験し、周術期における四肢の血流障害の予防策が必要であることを実感している。

３．背景
手術部では体位や点滴ライン、弾性ストッキング等に関連した皮膚障害や血流障害などのインシデントが発生しているが、原因は多岐に及び、予防が困難な場合もある。しかし、手術前や手術中の確認により早期発見、対応により障害の程度を少なくできると考える。

４．具体的な内容
1）事例の情報共有

・手術部連絡会にて、実際のインシデント事例（四肢の血流障害）についてパワーポイントを用いて説明した。
・研修医を対象として、血流障害・コンパートメント症候群について重点的に講義した。

2）対策
・点滴ラインの固定は術者が手洗い中に行うこと、3 時間毎の四肢の確認は、術者が手袋交換を行うタイミングで実施すること、術野に影響を与える可能性がある場合は、術者に声をかけて一時手術を中断する場合もあることを挙げて、協力を依頼した。

3）検証
・手術部連絡協議会の後、安全管理対策室のメンバーで 4 日間、手術室ラウンドを行い、手術前・手術中にチームで協力し、点滴固定方法、血管外漏出の有無、体位の確認ができているか、およびチームメンバーで声かけが行えているかなどについてラウンドを行った。

５．効果

事例の共有や対策についての認識としては、「事例については知っている」「点滴の固定は確認している」「3 時間毎の体位の確認のために協力が必要」などの声が聞かれ、手術前には術者、麻酔医、看護師が声をかけ合って点滴固定方法、血管外漏出の有無、体位の確認ができていた。手術中は、麻酔医と外回り看護師が協力し、術者に声をかけて 3 時間毎の体位、血管外漏出の有無などの確認ができていた。このことから、周術期における四肢の血流障害が起こる可能性についてスタッフの意識を高め、周術期を安全に行うことにつながっていると考える。

６．苦労した点

手術前の慌ただしい時間の中で術者、麻酔医、看護師、臨床工学技士などチームでコミュニケーションを図ること。

術式、体位によっては、覆布の中が確認しづらいこと。

診療科間の温度差や個人差なく、継続して周術期の安全意識を高めていく方法の検討。

７．その他

皮膚切開前のタイムアウト以外に、覆布をかける前に体位、各種ライン、モニタリングに関するタイムアウトをすることなども含め、体系的な取り組みとして、2012 年 10 月より四肢の血流障害予防策を改変・実施予定である。

鳥取大学

１．タイトル

低侵襲外科センターの取り組み

２．概要

平成 22 年 10 月より、内視鏡手術支援ロボット「ダヴィンチ S」の導入を機に

つくられた低侵襲外科センターは、患者にとって安全安心な体制を作る事を目的としている。診療科を越えた取り組みとして、ダヴィンチ手術を行っている４診療科（女性診療科・泌尿器科・胸部外科・消化器外科）を中心に、術者や術式の認定、月 2 回行う症例検討会では手術画像を見ながら評価やアドバイスを行う、手術継続が適正でないと判断したら中止要請を行う等患者の安全のために病院全体を機能させたバックアップ機構である。手術中止命令を出す「中止命令担当医」を手術毎に決め、中止命令基準に沿って麻酔科医・外回り看護師が中止命令担当医に報告を行い、指示を仰いでいる。

３．背景
　ダヴィンチＳの新しい機器や内視鏡手術に関しての知識・技術向上発展に寄与し、より安全性を高めていけるようにする。

４．具体的な内容
　1）術者や術式の認定
　2）症例検討会（2 回／月）
　3）中止要請のシステム構築
　4）ロボット手術マニュアル出版

５．効果
　各診療科の壁が消え、職種や診療科に関係なくロボット手術に関わる全ての人が批評や情報交換できる体制が構築できた

６．苦労した点
　手術中止命令は担当を決め中止基準をもとに適切に運用されているが、実際に中止命令が出された事例はない。順調な運用ではあるが、取り決め事項が形骸化しないよう、会議で問題点を出し合いながら低侵襲センターの活動を継続していく必要がある。

７．その他

9　輸血

佐賀大学

１．タイトル
　医療安全警鐘カードの作成

２．概要
　血液型検査用検体と交差適合試験用検体を１回の採血で採取することは「NO」と警鐘を促す。

３．背景
「輸血療法実施に関する指針」（厚生労働省）では、血液型の確認において「同一患者からの異なる時点での２検体での二重チェックを行う必要がある」とされている。院内輸血療法委員会において、幾度となくこのことについて促していたがあまり効果がなく、2011 年の同時提出された検体のうち、ラベル貼り間違いや検体の取り違いミスは 34%に達していた。その中で３件は重大な輸血ミスにつながりかねない事例であった。よって広く医療従事者に周知する方法を検討した。

４．具体的な内容
ポストカードを使用し、表にイラストを活用し、「NO 同時採血」と表示し、裏面には同時採血に伴う現状や、輸血療法の実施に関する指針による注意喚起を記載し、輸血過誤の発生防止を唱えている。
カードについて院内の会議で周知し、輸血部で医療従事者に配布している。また、毎月、採用時の医療安全研修の際に、GRM より同時採血について説明している。

５．効果
平均して毎年 22 件、月約２件の同時採血が発生していたが、警鐘カード配布以降、５ヶ月で５件に減少した。

６．苦労した点
経費

７．その他

10　その他

旭川医科大学

１．タイトル
インシデント未然防止者の表彰

２．概要
インシデント報告の中で、マニュアルや手順を順守することでインシデントを未然に防いだ職員を表彰。

３．背景
インシデント報告は、インシデントを起こしてしまった後の報告で、「間違った」や「反省した」などのマイナスイメージの報告が多い。医療安全を進めていく中では、「うまくいった」「遵守したら防げた」などのプラスの報告が重要ではあるがあまり公開されてこなかった。したがって、プラスの報告を表彰し、開示することで、インシデント報告や安全管理をより身近なものにするための動機づけを行う。

４．具体的な内容

1）インシデント報告の中から、患者傷害レベル 0.01～0.03 や報告内容から未然にインシデントを防止した報告見出し部署リスクマネジャーに未然防止事例であることの確認。

2）表彰者のスケジュールと部署スタッフの多くいる時間帯を合わせて、職員の前で表彰状を用いて表彰。その後スタッフと記念撮影。表彰者には表彰状と記念写真を授与。

3）年度末院内安全管理部主催「安全の取り組み発表会」で、ポスターセッションの部で表彰者氏名、内容と記念写真の発表。その中から、安全管理部自己啓発部会で、最優秀未然防止者２人を表彰と記念品の授与を行う。

５．効果

未然防止のインシデント報告が出てくるようになった。表彰を通して、安全管理に対してマイナスだけではないイメージ、より身近な部署活動であるイメージが付きつつある。

例：以前は、部署に行くと「何かインシデントありましたか」という言葉が聞かれたが、今は「巡回ですか」など、積極的な言葉かけが聞かれるようになってきている。

６．苦労した点

職員に未然防止事例を提出することの意味を理解してもらい、継続して多くの職種・部署から提出する職場風土つくりに、今も苦労中である。また、仕事、職務として当然の業務の中で行われるインシデント防止業務と、表彰されるべき業務との選択基準が明確でなかった。

現在は、もしもの時の患者傷害レベルの大きい事例の未然防止であったり、基本マニュアルや手順を順守し防止につながったりした事例報告を中心に、部署リスクマネジャーと検討し、表彰している。

７．その他

なし

名古屋大学

１．タイトル

医療安全管理部門の再整備

２．概要

医療の質・安全管理に携わる専従職員、職種を拡充した。

３．背景

高度先進医療を遂行する上で医療事故の発生は不可避であり、その対応と予防、さらに改善の質の評価などが一層求められるようになった。そこで、医療の質・安全管理部門を先進医療に不可欠な基盤部門と捉え、大規模な拡充を行った。

４．具体的な内容
　名古屋大学の承継ポストとして専従教授を配置、専従医師 GRM と合わせて計 2 名の医療安全専従医師の配置を実現した。さらに専従看護師 GRM を 2 名配置、そして学術主任専門職として医療安全に専従する弁護士を 1 名配置した。また、部署に常駐する事務職員を 6 名に増員し、総勢 11 名の体制とした。

５．効果
1）医療事故の抽出、治療、検証、分析、再発防止、法的判断、患者・社会への説明といった一連のサイクルを迅速化し、遺漏なき対応を目指すことが可能となった。
2）院内のコメディカル全部門とのインシデント検討会や複数のワーキングを立ち上げ、有機的な改善のサイクルを回すことが可能となった。
3）院内の説明と同意に関する文書類の法的検証と助言を行う体制を整えた。
4）医療の質を評価する研究や取り組みに着手することが可能となった。
5）地域における医療安全のリーディングホスピタルとしての認知、活動が可能となった。

６．苦労した点
　ポストの配置と、人材の確保

７．その他
　なし

愛媛大学

１．タイトル
　緊急時の外来電話トリアージ

２．概要
　外来各部署に、患者や家族から、状態の悪化などの救急対応を要する電話連絡があった場合に、事務職員を含む全職員が適切な情報収集と報告・連絡・相談を行うことを目的に、電話の近くに「電話トリアージチェックリスト」を提示した。

３．背景
　患者や家族から外来各部署に電話で問い合わせがあるが、中には急激な状態の悪化を知らせる連絡もある。これに対し、事務職員など医療者ではない職員が対応する場合、情報を正しく収集し適切に連絡することが困難なこともある。このため、外来に勤務する全職員が、救急対応を要する電話連絡に適切な対応ができる方法を考える必要があった。

４．具体的な内容
　「電話トリアージチェックリスト」に以下の内容を明記し、医療職ではない職員でも対応できるように具体的な質問の仕方などを提示した。

1ページ：
1. 意識の有無の確認（ある場合は2へ、ない場合は救急車要請指示）
2. 呼吸の有無の確認（ある場合は 3 の情報収集、ない場合は胸骨圧迫と救急車要請を指示）
3. 患者基本情報（氏名年齢など）
4. 電話を切らずに看護師・医師へつなぐ
5. 外来師長への報告

2ページ：
1. 胸骨圧迫の位置、方法、程度、時間の伝え方

５．効果

取り組みを開始した後、該当する患者はいないが、緊急時の対応シミュレーションでは、医療職ではない職員も含めて全職員が適切に対応できることを確認した。

６．苦労した点

・事務職員やクラークあるいは患者家族が理解できる言葉で表記した点
・患者の急変時に外来全職員が適切な対応ができることを目的に BLS 研修を行った点

７．その他

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　調査票(1):事前チェックシート

大学病院名	
記入者 (氏名・役職名)	
所属部署名	
電話番号	
メールアドレス	

※○・×、あるいは半角、大文字で入力

事前チェック項目		評価方法	評価	コメント
① 麻酔導入前				
	a チェックリストの有無 (「○」の場合は、チェックリストを添付)	○×		
	b チェックリストの形態 (前項「a」で、チェックリストがない場合は、回答不要、②へ) 注)電子媒体を紙に印刷して運用する場合は「紙媒体」とする。	3択		A. 紙媒体 B. 電子媒体 C. その他( )
	c チェックリスト終了後の運用 (前項「a」で、チェックリストがない場合は、回答不要、②へ)	4択		A. 診療記録として保存(紙媒体→紙カルテ、電子媒体→電子カルテ、紙媒体→電子カルテ) B. 診療記録とは別に保存(紙のまま、電子化) C. 廃棄 D. その他( )
② 皮膚切開前				
	a チェックリストの有無 (「○」の場合は、チェックリストを添付)	○×		
	b チェックリストの形態 (前項「a」で、チェックリストがない場合は、回答不要、③へ) 注)電子媒体を紙に印刷して運用する場合は「紙媒体」とする。	3択		A. 紙媒体 B. 電子媒体 C. その他( )
	c チェックリスト終了後の運用 (前項「a」で、チェックリストがない場合は、回答不要、③へ)	4択		A. 診療記録として保存(紙媒体→紙カルテ、電子媒体→電子カルテ、紙媒体→電子カルテ) B. 診療記録とは別に保存(紙のまま、電子化) C. 廃棄 D. その他( )
③ 手術室退室前				
	a チェックリストの有無 (「○」の場合は、チェックリストを添付)	○×		
	b チェックリストの形態 (前項「a」で、チェックリストがない場合は、回答不要、④へ) 注)電子媒体を紙に印刷して運用する場合は「紙媒体」とする。	3択		A. 紙媒体 B. 電子媒体 C. その他( )
	c チェックリスト終了後の運用 (前項「a」で、チェックリストがない場合は、回答不要、④へ)	4択		A. 診療記録として保存(紙媒体→紙カルテ、電子媒体→電子カルテ、紙媒体→電子カルテ) B. 診療記録とは別に保存(紙のまま、電子化) C. 廃棄 D. その他( )
④ チェックリスト・コーディネーターの有無 注) チェックリストを用いて確認を行う際には、リストに記載されている安全チェックがすべて行われるよう、一人のメンバーが責任をもって確認する。このメンバーを、チェックリスト・コーディネーターと呼ぶ。チェックリスト・コーディネーターは、外回り看護師であることが多いが、手術チームのメンバーのいずれでもよい。				
	a チェックリスト・コーディネーターがいる。 (「○」の場合は、「b」へ、「×」の場合は、「c」・「d」へ)	○×		
	b (チェックリスト・コーディネーターがいる場合)その職種 (コメント欄に内容を記載)			
	c (チェックリスト・コーディネーターがいない場合)誰がどのようにチェックすべき項目をチェックしたかを確認しているか。 (コメント欄に内容を記載)			
	d (チェックリスト・コーディネーターがいない場合)今後チェックリスト・コーディネーターを設置する予定がある。	○×		

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　調査票(1):事前チェックシート

大学病院名	
記入者 (氏名・役職名)	
所属部署名	
電話番号	
メールアドレス	

※○・×、あるいは半角、大文字で入力

事前チェック項目	評価方法	評価	コメント
⑤ 患者確認の方法(複数選択可)	4択		A.　手書きネームバンド B.　バーコード付きネームバンド C.　患者による発声 D.　その他(　　)
⑥ WHO手術安全チェックリストに含まれている項目について、手術チームで声を出して情報共有することや、チェックリスト作成及び導入に関するバリアや苦労した点について記載して下さい。			

全身麻酔−①麻酔導入前（患者入室後）

訪問調査用チェックシート「他者評価用」記載上の注意点について

①本シートは、訪問した大学病院が調査結果を訪問先大学病院及び担当校に提出するためのシートです。

②訪問する大学病院は、訪問調査の前に、訪問先大学病院から提出された「WHO手術安全チェックリストにある項目一覧」を参照し、訪問先大学病院において、WHOの推奨項目（本シートのグレー網掛け部分）を確認することが定められている場合には、本シートの事前チェック欄に「〇」、そうでない場合には「×」をつけてください。

③訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の現場において、実際に観察し確認できたことに基づき評価を行ってください。原則として、訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の手術チームのメンバーに直接質問しないようにしてください。

④設問中に「コメント欄に記載」の指示（例：「〇」の場合はコメント欄に記載など）がある場合には、必ずコメント欄に指示された内容について記載願います。

⑤下記の場合は、コメント欄に必ず他者評価結果の理由や問題点等を記載願います。
1．評価基準が「〇×」のもので、「×」となった場合

⑥「全員が」とあるものは、確認に参加している手術チームのメンバーの中で、一人でも行っていない者がいれば「×」と評価してください。

⑦指定された職種以外が行っている場合は「×」とし、コメント欄に実施している職種を記入してください。

⑧その他、訪問調査において各項目について気付いた点等があれば、コメント欄に自由に記載してください。

訪問調査を受けた大学病院名		訪問調査を行った大学病院名	
		記入者（氏名・役職名）	
		所属部署名	
		電話番号	
		メールアドレス	

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				

全身麻酔−①麻酔導入前（患者入室後）

観察・評価した手術に関する情報

1） 診療科名（コメント欄に記載）			
2） 術式（コメント欄に記載）			
3） 前投薬の有無	○×		
4） 出棟方法	4択		A. ストレッチャーまたはベッド B. 車椅子 C. 独歩 D. その他（ ）
5）「麻酔導入前」の確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	6） チェックリストを使用している。	○×			
	7） 指定されたチェックリスト・コーディネーターがいる。 注1） チェックリスト・コーディネーターの配置や担当職種が院内または手術部内で定められている 注2） チェックリストを用いて確認を行う際には、リストに記載されている安全チェックがすべて行われるよう、一人のメンバーが責任をもって確認する。このメンバーを、チェックリスト・コーディネーターと呼ぶ。チェックリスト・コーディネーターは、外回り看護師であることが多いが、手術チームのメンバーのいずれでもよい。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
	a （チェックリスト・コーディネーターがいる場合）その職種 （コメント欄に内容を記載）				
	b （チェックリスト・コーディネーターがいない場合） 観察した手術では、誰がチェックリストの確認を主導しているか。	6択		A. 外科医 B. 麻酔科医 C. 看護師（器械出し） D. 看護師（外回り） E. 臨床工学技士 F. その他（ ）	
	8） チェック開始時刻 注） 時間のカウントは、「患者の氏名・ID番号の確認」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	:	:		
WHOの推奨 Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure and consent ? （患者の氏名（フルネームまたはID番号）、手術部位、手術名および同意は確認されたか？）					
	9） 患者の氏名（フルネームまたはID番号）は声に出して確認している。	○×			
	10） 患者の手術部位は声に出して確認している。	○×			
	11） 患者の手術名は声に出して確認している。	○×			

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
12） 患者の同意を得ていることを声に出して確認している。	○×			
13） 確認プロセスに患者が参加している。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、14）へ）	○×			
a 小児や判断能力のない患者ではどうしているか。 （コメント欄に内容を記載）				
WHOの推奨 Is the site marked？ （手術部位はマーキングされているか？）				
14） 手術部位のマーキングはされている。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
a （マーキングされている場合）その方法 （コメント欄に内容を記載）				
b （マーキングされていない場合）マーキングされていない理由 （コメント欄に内容を記載）				
WHOの推奨 Is the anaesthesia machine and medication check complete？ （麻酔器と薬剤のチェックが完了しているか？）				
15） この項目の確認者（複数選択可）	下表の 数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前チェック欄
1 手術部門				
16） A（気道管理器材）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
17） B（呼吸システム、酸素および吸入麻酔薬も含む）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
18） C（吸引）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
19） D（使用予定薬剤と器材）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
20） E（緊急時薬剤、器具、応援体制）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
WHOの推奨 Is the pulse oximeter on the patient and functioning？ （パルスオキシメーターは患者に装着され、作動しているか？）				
21） この項目の確認者（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

22） パルスオキシメーターは患者に装着され、作動している。 （「○」の場合は、23）へ、「×」の場合は、「a」へ）	○×			
a パルスオキシメーターが装着されていない理由 （コメント欄に記載）				

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
WHOの推奨 Does the patient have a known allergy ? （患者には分かっているアレルギーがあるか？）				
23） 麻酔科医に対してアレルギーの有無をたずねている。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、24）へ）	○×			
a たずねた者（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

24） 麻酔科医が知らなかったアレルギーがあった場合、その情報を麻酔科医に伝えている。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、25）へ）	○×			
a 伝えた者（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Does the patient have a difficult airway/aspiration risk ? （患者には気道確保困難／誤嚥のリスクがあるか？）					
	25） 気道確保困難のリスク評価を行ったかどうかを声に出して確認している。	○×			
	26） 前項25）で気道確保困難のハイリスク症例であるか。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、27）へ）	○×			
	a 気道確保困難に対する準備をしているかどうかを声に出して確認している。	○×			
	b 主麻酔科医以外に気道確保困難に対応できるスタッフが麻酔導入に立ち会うことを声に出して確認している。	○×			
	27） 症候性の胃食道逆流やフルストマック等、誤嚥のリスク評価を行ったかどうかを声に出して確認している。	○×			
	28） 前項27）で誤嚥のハイリスク症例であるか。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、29）へ）	○×			
	a 誤嚥に対する準備をしているかどうかを声に出して確認している。	○×			
	b 主麻酔科医以外に誤嚥に対応できるスタッフが麻酔導入に立ち会うことを声に出して確認している。	○×			
WHOの推奨 Does the patient have a risk of >500 ml blood loss (7 ml/kg in children) ? （500mL（小児では7mL/kg）以上の出血のリスクがあるか？）					
	29） 大量出血のリスクの有無を声に出して確認している。	○×			

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	30） 前項29）で大量出血のリスクがある症例であるか。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、31）へ）	○×			
	a 複数の静脈路の確保の有無について声に出して確認している。	○×			
	b 必要な輸液や血液製剤が利用できるかどうかを声に出して確認している。	○×			
「麻酔導入前」の確認終了					
	31） 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから麻酔導入している。 （チェックリストがない場合は、回答不要、32）を回答）	○×			
	32） 施設のチェックリストがない場合、どのように確認終了しているか。 （コメント欄に内容を記載） （チェックリストがある場合は、回答不要、31）を回答）				
	33） 「麻酔導入前」の確認終了時刻	:	:		
	34） 「麻酔導入前」の確認に要した時間 注） 時間のカウントは、「患者の氏名・ID番号の確認」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	（ ）分			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
その他				
35） 手術室の入口や各手術室に入る前に複数職種で確認が行われている場合、その確認項目と確認を行っている職種について記載して下さい。				
36） その他気付いた点等があれば自由に記載して下さい。				

参考

全身麻酔−②皮膚切開前

訪問調査用チェックシート「他者評価用」記載上の注意点について

①本シートは、訪問した大学病院が調査結果を訪問先大学病院及び担当校に提出するためのシートです。

②訪問する大学病院は、訪問調査の前に、訪問先大学病院から提出された「WHO手術安全チェックリストにある項目一覧」を参照し、訪問先大学病院において、WHOの推奨項目（本シートのグレー網掛け部分）を確認することが定められている場合には、本シートの事前チェック欄に「〇」、そうでない場合には「×」をつけてください。

③訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の現場において、実際に観察し確認できたことに基づき評価を行ってください。原則として、訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の手術チームのメンバーに直接質問しないようにしてください。

④設問中に「コメント欄に記載」の指示（例：「〇」の場合はコメント欄に記載など）がある場合には、必ずコメント欄に指示された内容について記載願います。

⑤下記の場合は、コメント欄に必ず他者評価結果の理由や問題点等を記載願います。
1．評価基準が「〇×」のもので、「×」となった場合

⑥「全員が」とあるものは、確認に参加している手術チームのメンバーの中で、一人でも行っていない者がいれば「×」と評価してください。

⑦指定された職種以外が行っている場合は「×」とし、コメント欄に実施している職種を記入してください。

⑧その他、訪問調査において各項目について気付いた点等があれば、コメント欄に自由に記載してください。

訪問調査を受けた大学病院名	

訪問調査を行った大学病院名	
記入者（氏名・役職名）	
所属部署名	
電話番号	
メールアドレス	

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				

全身麻酔−②皮膚切開前

観察・評価した手術に関する情報

以下の項目1）～4）が、訪問調査用チェックシート「全身麻酔−①麻酔導入前（患者入室後）」と共通の場合は、左の赤枠欄に「○」をして5）へ（1）～4）は回答不要）

1）	診療科名（コメント欄に記載）			
2）	術式（コメント欄に記載）			
3）	前投薬の有無	○×		
4）	出棟方法	4択		A. ストレッチャーまたはベッド B. 車椅子 C. 独歩 D. その他（ ）
5）	「皮膚切開前」の確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

6）	チェックリストを使用している。	○×		

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	7） 指定されたチェックリスト・コーディネーターがいる。 注1） チェックリスト・コーディネーターの配置や担当職種が院内または手術部内で定められている 注2） チェックリストを用いて確認を行う際には、リストに記載されている安全チェックがすべて行われるよう、一人のメンバーが責任をもって確認する。このメンバーを、チェックリスト・コーディネーターと呼ぶ。チェックリスト・コーディネーターは、外回り看護師であることが多いが、手術チームのメンバーのいずれでもよい。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
	a （チェックリスト・コーディネーターがいる場合）その職種 （コメント欄に内容を記載）				
	b （チェックリスト・コーディネーターがいない場合） 観察した手術では、誰がチェックリストの確認を主導しているか。	6択		A. 外科医 B. 麻酔科医 C. 看護師（器械出し） D. 看護師（外回り） E. 臨床工学技士 F. その他（ ）	
	8） 「皮膚切開前」の確認開始時刻 注） 時間のカウントは、「チームメンバーの自己紹介(自己紹介が行われない場合には、患者氏名・手術法・手術部位の確認）」で開始、「皮膚切開の開始」で終了とする。	:	:		
WHOの推奨 Confirm all team members have introduced themselves by name and role （すべてのチームメンバーが名前と役割（執刀医、助手、外回り医師、器械出し看護師、外回り看護師等）を自己紹介したことを確認する）					
	9） 手術チームメンバー全員が氏名と手術における役割を自己紹介している。	○×			
	10） 手術途中で交代に入った場合に、その人は氏名と手術における役割を自己紹介している。	○×			
WHOの推奨 Confirm the patient's name, procedure and where the incision will be made （患者氏名、手術法と皮膚切開が加えられる場所（手術部位）を確認する）					
	11） 手術チームメンバー全員が、一旦手を止めている。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
12） 患者の氏名、手術法と皮膚切開の場所（手術部位）を声に出して確認している。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、13）へ）	○×			
a 誰が確認しているか（コメント欄に記載）				
b 確認事項（複数選択可）	5択		A. 患者の氏名 B. 手術法 C. 皮膚切開の部位 D. 手術体位 E. その他（ ）	
13） 全員が各自はっきりと返事をしている。	○×			
WHOの推奨 Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes ? （抗菌剤の予防投与は、皮膚切開の60分以内に行われたか？）				
14） 抗菌剤の予防投与は、皮膚切開の60分以内に行われたかどうかを声に出して確認している。	○×			
15） 抗菌剤が予防投与されている。 （「○」の場合は、「a」を回答し17）へ、「×」の場合は、16）へ）	○×			
a 投与者（コメント欄に記載）				
16） 抗菌剤の予防的投与が適応でない場合に、そのことをその場で声に出して確認している。	○×			
17） 抗菌剤の予防投与が皮膚切開の60分以内に行われている。 （「○」の場合は、19）へ、「×」の場合は、18）へ）	○×			
18） 抗菌剤が皮膚切開の60分以上前に投与されていた場合は、再投与が考慮されている。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Anticipated Critical Events （予想されるクリティカルなイベント） To Surgeon: What are the critical or non-routine steps ? How long will the case take? What is the anticipated blood loss ? （術者（または、外科医のいずれか）が声に出して確認すべきこと 極めて重要あるいは予期しない手順は？ 手術時間は？予想出血量は？）					
	19） 術者（または、外科医のいずれか）は、出血や損傷、重篤な事態が起こりうる手術中の段階について 声に出して確認している。	○×			
	20） 術者（または、外科医のいずれか）は、予想される手術時間について声に出して確認している。	○×			
	21） 術者（または、外科医のいずれか）は、予想される出血量について声に出して確認している。	○×			
	22） 術者（または、外科医のいずれか）は、準備血液量について声に出して確認している。	○×			
WHOの推奨 Anticipated Critical Events （予想されるクリティカルなイベント） To Anaesthetist: Are there any patient-specific concerns ? （麻酔科医が声に出して確認すべきこと 患者固有の問題点は？）					
	23） 麻酔科医が、出血、血行動態の変動、患者固有の合併症等の問題点、及びそれに対応する計画があるかどうかを声に出して確認している。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Anticipated Critical Events （予想されるクリティカルなイベント） To Nursing team: Has sterility (including indicator results) been confirmed ? （看護チームが声に出して確認すべきこと：滅菌（インジケータ結果を含む）は確認したか？）					
Are there equipment issues or any concerns ? （看護チームが声に出して確認すべきこと：手術器械・材料に関する懸念事項があるか？）					
	24） 看護師は、滅菌済みであることの確認が行われたかどうかを声に出して確認している。	○×			
	25） 看護師は、手術器械・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。	○×			
	26） 臨床工学技士は、医療機器・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。	○×			
WHOの推奨 Is essential imaging displayed ? （必要な画像は掲示または表示されているか？）					
	27） 手術に必要な画像が示されている（X線フィルムの掲示や、電子カルテ画面上での画像の表示）。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、「c」・「d」へ）	○×			
	a （画像が掲示または表示されている場合） 画像が患者のものであることを声に出して確認している。	○×			
	b （画像が掲示または表示されている場合） 画像の左右が正しいことを声に出して確認している。	○×			
	c （画像が掲示または表示されていない場合） 画像を取り寄せ（あらためて示し）ている。	○×			
	d （画像が掲示または表示されていない場合） 必要な画像が利用できない場合に、画像なしで手術を開始するかどうか術者が判断し、声に出して伝えている。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
「皮膚切開前」の確認終了					
	28） 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術を開始している。 （チェックリストがない場合は、回答不要、29）を回答）	○×			
	29） 施設のチェックリストがない場合、どのように確認終了しているか。 （コメント欄に内容を記載） （チェックリストがある場合は、回答不要、28）を回答）				
	30） 「皮膚切開前」の確認終了時刻	:	:		
	31） 「皮膚切開前」の確認に要した時間 注） 時間のカウントは、「チームメンバーの自己紹介(自己紹介が行われない場合には、患者氏名・手術法・手術部位の確認)」で開始、「皮膚切開の開始」で終了とする。	（ ）分			

その他					
	32） その他気付いた点等があれば自由に記載して下さい。				

全身麻酔−③手術室退室前

訪問調査用チェックシート「他者評価用」記載上の注意点について

①本シートは、訪問した大学病院が調査結果を訪問先大学病院及び担当校に提出するためのシートです。

②訪問する大学病院は、訪問調査の前に、訪問先大学病院から提出された「WHO手術安全チェックリストにある項目一覧」を参照し、訪問先大学病院において、WHOの推奨項目（本シートのグレー網掛け部分）を確認することが定められている場合には、本シートの事前チェック欄に「○」、そうでない場合には「×」をつけてください。

③訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の現場において、実際に観察し確認できたことに基づき評価を行ってください。原則として、訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の手術チームのメンバーに直接質問しないようにしてください。

④設問中に「コメント欄に記載」の指示（例：「○」の場合はコメント欄に記載など）がある場合には、必ずコメント欄に指示された内容について記載願います。

⑤下記の場合は、コメント欄に必ず他者評価結果の理由や問題点等を記載願います。
1．評価基準が「○×」のもので、「×」となった場合

⑥「全員が」とあるものは、確認に参加している手術チームのメンバーの中で、一人でも行っていない者がいれば「×」と評価してください。

⑦指定された職種以外が行っている場合は「×」とし、コメント欄に実施している職種を記入してください。

⑧その他、訪問調査において各項目について気付いた点等があれば、コメント欄に自由に記載してください。

訪問調査を受けた大学病院名		訪問調査を行った大学病院名	
		記入者（氏名・役職名）	
		所属部署名	
		電話番号	
		メールアドレス	

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				

全身麻酔−③手術室退室前

観察・評価した手術に関する情報

1） 診療科名（コメント欄に記載）			
2） 術式（コメント欄に記載）			
3） 前投薬の有無	○×		
4） 出棟方法	4択		A. ストレッチャーまたはベッド B. 車椅子 C. 独歩 D. その他（ ）
5） 「手術室退室前」の確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

6） チェックリストを使用している。	○×		

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	7） 指定されたチェックリスト・コーディネーターがいる。 注1） チェックリスト・コーディネーターの配置や担当職種が院内または手術部内で定められている 注2） チェックリストを用いて確認を行う際には、リストに記載されている安全チェックがすべて行われるよう、一人のメンバーが責任をもって確認する。このメンバーを、チェックリスト・コーディネーターと呼ぶ。チェックリスト・コーディネーターは、外回り看護師であることが多いが、手術チームのメンバーのいずれでもよい。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
	a （チェックリスト・コーディネーターがいる場合）その職種 （コメント欄に内容を記載）				
	b （チェックリスト・コーディネーターがいない場合） 観察した手術では、誰がチェックリストの確認を主導しているか。	6択		A. 外科医 B. 麻酔科医 C. 看護師（器械出し） D. 看護師（外回り） E. 臨床工学技士 F. その他（ ）	
	8） 「手術室退室前」の確認のタイミングについて	3択		A. 閉創前 B. 閉創後 C. その他（ ）	
	9） 「手術室退室前」の確認の開始時刻 注） 時間のカウントは、「術式名の確認またはガーゼカウント終了の内、先に行われた方」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	:	:		
WHOの推奨 The name of the procedure （手術名の確認）					
	10） 看護師が外科医に対して口頭で、行われた術式名を確認している。	○×			

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Completion of instrument, sponge and needle counts （器具、ガーゼ（スポンジ）と針のカウントの完了）					
	11） 看護師が手術器械、ガーゼ、針カウントが一致したことを声に出して確認している。	○×			
	12） カウントが一致したか。 （「○」の場合は、13）へ、「×」の場合は、「a」へ）	○×			
	a カウントが一致しなかった場合、全員で探している。	○×			
	13） 遺残確認のX線撮影を行った場合、外科医は読影結果を声に出して伝えている。	○×			
WHOの推奨 Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) （標本の確認）					
	14） 手術室外に持ち出す標本について、標本容器に記載されている患者氏名や標本の種類（臓器・部位・個数等）を読み上げて確認している。 （複数選択可）	5択		A. 患者氏名 B. 標本の種類（臓器） C. 標本の種類（部位） D. 標本の種類（個数） E. その他（ ）	
WHOの推奨 Whether there are any equipment problems to be addressed （手術で使用した器材に問題があったか）					
	15） 当該症例の手術で発生（もしくは発覚）した手術器械・材料に関する問題の有無を声に出して確認している。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
WHOの推奨 Surgeon, anaesthetist and nurse review the key concerns for recovery and management of this patient （術者、麻酔科医と看護師は、この患者の術後の回復と管理に関する主たる懸念事項について再検討する）				
16） 術後の回復と管理に関する確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

17） 手術・麻酔に関し、患者の術後の回復や管理における主たる懸念事項について、各職種がそれぞれ声に出して確認・共有している。	○×			
「手術室退室前」の確認終了				
18） 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術室から退室している。 （チェックリストがない場合は、回答不要、19）を回答）	○×			
19） 施設のチェックリストがない場合、どのように確認終了しているか。 （コメント欄に内容を記載） （チェックリストがある場合は、回答不要、18）を回答）				
20） 「手術室退室前」の確認終了時刻	:	:		
21） 「手術室退室前」の確認に要した時間 注） 時間のカウントは、「術式名の確認またはガーゼカウント終了の内、先に行われた方」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	（ ）分			

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
その他				
22） その他気付いた点等があれば自由に記載して下さい。				

局所麻酔−①麻酔導入前（患者入室後）

訪問調査用チェックシート「他者評価用」記載上の注意点について

①本シートは、訪問した大学病院が調査結果を訪問先大学病院及び担当校に提出するためのシートです。

②訪問する大学病院は、訪問調査の前に、訪問先大学病院から提出された「WHO手術安全チェックリストにある項目一覧」を参照し、訪問先大学病院において、WHOの推奨項目（本シートのグレー網掛け部分）を確認することが定められている場合には、本シートの事前チェック欄に「〇」、そうでない場合には「×」をつけてください。

③訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の現場において、実際に観察し確認できたことに基づき評価を行ってください。原則として、訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の手術チームのメンバーに直接質問しないようにしてください。

④設問中に「コメント欄に記載」の指示（例：「〇」の場合はコメント欄に記載など）がある場合には、必ずコメント欄に指示された内容について記載願います。

⑤下記の場合は、コメント欄に必ず他者評価結果の理由や問題点等を記載願います。
1．評価基準が「〇×」のもので、「×」となった場合

⑥「全員が」とあるものは、確認に参加している手術チームのメンバーの中で、一人でも行っていない者がいれば「×」と評価してください。

⑦指定された職種以外が行っている場合は「×」とし、コメント欄に実施している職種を記入してください。

⑧その他、訪問調査において各項目について気付いた点等があれば、コメント欄に自由に記載してください。

訪問調査を受けた大学病院名		訪問調査を行った大学病院名	
		記入者（氏名・役職名）	
		所属部署名	
		電話番号	
		メールアドレス	

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				

局所麻酔−①麻酔導入前（患者入室後）

観察・評価した手術に関する情報

1） 診療科名（コメント欄に記載）			
2） 術式（コメント欄に記載）			
3） 前投薬の有無	○×		
4） 出棟方法	4択		A. ストレッチャーまたはベッド B. 車椅子 C. 独歩 D. その他（ ）
5）「麻酔導入前」の確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前チェック欄
1 手術部門					
	6） チェックリストを使用している。	○×			
	7） 指定されたチェックリスト・コーディネーターがいる。 注1） チェックリスト・コーディネーターの配置や担当職種が院内または手術部内で定められている 注2） チェックリストを用いて確認を行う際には、リストに記載されている安全チェックがすべて行われるよう、一人のメンバーが責任をもって確認する。このメンバーを、チェックリスト・コーディネーターと呼ぶ。チェックリスト・コーディネーターは、外回り看護師であることが多いが、手術チームのメンバーのいずれでもよい。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
	a （チェックリスト・コーディネーターがいる場合）その職種 （コメント欄に内容を記載）				
	b （チェックリスト・コーディネーターがいない場合） 観察した手術では、誰がチェックリストの確認を主導しているか。	6択		A. 外科医 B. 麻酔科医 C. 看護師（器械出し） D. 看護師（外回り） E. 臨床工学技士 F. その他（ ）	
	8） チェック開始時刻 注） 時間のカウントは、「患者の氏名・ID番号の確認」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	:	:		
WHOの推奨 Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure and consent ? （患者の氏名（フルネームまたはID番号）、手術部位、手術名および同意は確認されたか？）					
	9） 患者の氏名（フルネームまたはID番号）は声に出して確認している。	○×			
	10） 患者の手術部位は声に出して確認している。	○×			
	11） 患者の手術名は声に出して確認している。	○×			

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
12） 患者の同意を得ていることを声に出して確認している。	○×			
13） 確認プロセスに患者が参加している。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、14）へ）	○×			
a 小児や判断能力のない患者ではどうしているか。 （コメント欄に内容を記載）				
WHOの推奨 Is the site marked？ （手術部位はマーキングされているか？）				
14） 手術部位のマーキングはされている。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
a （マーキングされている場合）その方法 （コメント欄に内容を記載）				
b （マーキングされていない場合）マーキングされていない理由 （コメント欄に内容を記載）				
WHOの推奨 Is the anaesthesia machine and medication check complete？ （麻酔器と薬剤のチェックが完了しているか？）				
15） この項目の確認者（複数選択可）	下表の 数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前チェック欄
1 手術部門				
16） A（気道管理器材）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
17） B（呼吸システム、酸素および吸入麻酔薬も含む）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
18） C（吸引）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
19） D（使用予定薬剤と器材）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
20） E（緊急時薬剤、器具、応援体制）についてチェックが行われたことを確認している。	○×			
WHOの推奨 Is the pulse oximeter on the patient and functioning？ （パルスオキシメーターは患者に装着され、作動しているか？）				
21） この項目の確認者（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

22） パルスオキシメーターは患者に装着され、作動している。 （「○」の場合は、23）へ、「×」の場合は、「a」へ）	○×			
a パルスオキシメーターが装着されていない理由 （コメント欄に記載）				

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前チェック欄
1 手術部門				
WHOの推奨 Does the patient have a known allergy ? （患者には分かっているアレルギーがあるか？）				
23） 麻酔科医に対してアレルギーの有無をたずねている。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、24）へ）	○×			
a たずねた者（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

24） 麻酔科医が知らなかったアレルギーがあった場合、その情報を麻酔科医に伝えている。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、25）へ）	○×			
a 伝えた者（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Does the patient have a difficult airway/aspiration risk ? （患者には気道確保困難／誤嚥のリスクがあるか？）					
	25） 気道確保困難のリスク評価を行ったかどうかを声に出して確認している。	○×			
	26） 前項25）で気道確保困難のハイリスク症例であるか。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、27）へ）	○×			
	a 気道確保困難に対する準備をしているかどうかを声に出して確認している。	○×			
	b 主麻酔科医以外に気道確保困難に対応できるスタッフが麻酔導入に立ち会うことを声に出して確認している。	○×			
	27） 症候性の胃食道逆流やフルストマック等、誤嚥のリスク評価を行ったかどうかを声に出して確認している。	○×			
	28） 前項27）で誤嚥のハイリスク症例であるか。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、29）へ）	○×			
	a 誤嚥に対する準備をしているかどうかを声に出して確認している。	○×			
	b 主麻酔科医以外に誤嚥に対応できるスタッフが麻酔導入に立ち会うことを声に出して確認している。	○×			
WHOの推奨 Does the patient have a risk of >500 ml blood loss (7 ml/kg in children) ? （500mL（小児では7mL/kg）以上の出血のリスクがあるか？）					
	29） 大量出血のリスクの有無を声に出して確認している。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	30） 前項29）で大量出血のリスクがある症例であるか。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、31）へ）	○×			
	a 複数の静脈路の確保の有無について声に出して確認している。	○×			
	b 必要な輸液や血液製剤が利用できるかどうかを声に出して確認している。	○×			
「麻酔導入前」の確認終了					
	31） 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから麻酔導入している。 （チェックリストがない場合は、回答不要、32）を回答）	○×			
	32） 施設のチェックリストがない場合、どのように確認終了しているか。 （コメント欄に内容を記載） （チェックリストがある場合は、回答不要、31）を回答）				
	33） 「麻酔導入前」の確認終了時刻	:	:		
	34） 「麻酔導入前」の確認に要した時間 注） 時間のカウントは、「患者の氏名・ID番号の確認」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	（ ）分			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
その他				
35） 手術室の入口や各手術室に入る前に複数職種で確認が行われている場合、その確認項目と確認を行っている職種について記載して下さい。				
36） その他気付いた点等があれば自由に記載して下さい。				

参考

局所麻酔−②皮膚切開前

訪問調査用チェックシート「他者評価用」記載上の注意点について

①本シートは、訪問した大学病院が調査結果を訪問先大学病院及び担当校に提出するためのシートです。

②訪問する大学病院は、訪問調査の前に、訪問先大学病院から提出された「WHO手術安全チェックリストにある項目一覧」を参照し、訪問先大学病院において、WHOの推奨項目（本シートのグレー網掛け部分）を確認することが定められている場合には、本シートの事前チェック欄に「○」、そうでない場合には「×」をつけてください。

③訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の現場において、実際に観察し確認できたことに基づき評価を行ってください。原則として、訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の手術チームのメンバーに直接質問しないようにしてください。

④設問中に「コメント欄に記載」の指示（例：「○」の場合はコメント欄に記載など）がある場合には、必ずコメント欄に指示された内容について記載願います。

⑤下記の場合は、コメント欄に必ず他者評価結果の理由や問題点等を記載願います。
1．評価基準が「○×」のもので、「×」となった場合

⑥「全員が」とあるものは、確認に参加している手術チームのメンバーの中で、一人でも行っていない者がいれば「×」と評価してください。

⑦指定された職種以外が行っている場合は「×」とし、コメント欄に実施している職種を記入してください。

⑧その他、訪問調査において各項目について気付いた点等があれば、コメント欄に自由に記載してください。

訪問調査を受けた大学病院名		訪問調査を行った大学病院名	
		記入者（氏名・役職名）	
		所属部署名	
		電話番号	
		メールアドレス	

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				

局所麻酔−②皮膚切開前

観察・評価した手術に関する情報

以下の項目1）～4）が、訪問調査用チェックシート「局所麻酔−①麻酔導入前（患者入室後）」と共通の場合は、左の赤枠欄に「○」をして5）へ（1）～4）は回答不要）

1） 診療科名（コメント欄に記載）			
2） 術式（コメント欄に記載）			
3） 前投薬の有無	○×		
4） 出棟方法	4択		A. ストレッチャーまたはベッド B. 車椅子 C. 独歩 D. その他（ ）
5） 「皮膚切開前」の確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

6） チェックリストを使用している。	○×		

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	7） 指定されたチェックリスト・コーディネーターがいる。 注1） チェックリスト・コーディネーターの配置や担当職種が院内または手術部内で定められている 注2） チェックリストを用いて確認を行う際には、リストに記載されている安全チェックがすべて行われるよう、一人のメンバーが責任をもって確認する。このメンバーを、チェックリスト・コーディネーターと呼ぶ。チェックリスト・コーディネーターは、外回り看護師であることが多いが、手術チームのメンバーのいずれでもよい。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
	a （チェックリスト・コーディネーターがいる場合）その職種 （コメント欄に内容を記載）				
	b （チェックリスト・コーディネーターがいない場合） 観察した手術では、誰がチェックリストの確認を主導しているか。	6択		A. 外科医 B. 麻酔科医 C. 看護師（器械出し） D. 看護師（外回り） E. 臨床工学技士 F. その他（ ）	
	8） 「皮膚切開前」の確認開始時刻 注） 時間のカウントは、「チームメンバーの自己紹介(自己紹介が行われない場合には、患者氏名・手術法・手術部位の確認）」で開始、「皮膚切開の開始」で終了とする。	:	:		
WHOの推奨 Confirm all team members have introduced themselves by name and role （すべてのチームメンバーが名前と役割（執刀医、助手、外回り医師、器械出し看護師、外回り看護師等）を自己紹介したことを確認する）					
	9） 手術チームメンバー全員が氏名と手術における役割を自己紹介している。	○×			
	10） 手術途中で交代に入った場合に、その人は氏名と手術における役割を自己紹介している。	○×			
WHOの推奨 Confirm the patient's name, procedure and where the incision will be made （患者氏名、手術法と皮膚切開が加えられる場所（手術部位）を確認する）					
	11） 手術チームメンバー全員が、一旦手を止めている。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	12） 患者の氏名、手術法と皮膚切開の場所（手術部位）を声に出して確認している。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、13）へ）	○×			
	a 誰が確認しているか（コメント欄に記載）				
	b 確認事項（複数選択可）	5択		A. 患者の氏名 B. 手術法 C. 皮膚切開の部位 D. 手術体位 E. その他（ ）	
	13） 全員が各自はっきりと返事をしている。	○×			
WHOの推奨 Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes ? （抗菌剤の予防投与は、皮膚切開の60分以内に行われたか？）					
	14） 抗菌剤の予防投与は、皮膚切開の60分以内に行われたかどうかを声に出して確認している。	○×			
	15） 抗菌剤が予防投与されている。 （「○」の場合は、「a」を回答し17）へ、「×」の場合は、16）へ）	○×			
	a 投与者（コメント欄に記載）				
	16） 抗菌剤の予防的投与が適応でない場合に、そのことをその場で声に出して確認している。	○×			
	17） 抗菌剤の予防投与が皮膚切開の60分以内に行われている。 （「○」の場合は、19）へ、「×」の場合は、18）へ）	○×			
	18） 抗菌剤が皮膚切開の60分以上前に投与されていた場合は、再投与が考慮されている。	○×			

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Anticipated Critical Events （予想されるクリティカルなイベント） To Surgeon: What are the critical or non-routine steps ? How long will the case take? What is the anticipated blood loss ? （術者（または、外科医のいずれか）が声に出して確認すべきこと 極めて重要あるいは予期しない手順は？ 手術時間は？予想出血量は？）					
	19） 術者（または、外科医のいずれか）は、出血や損傷、重篤な事態が起こりうる手術中の段階について 声に出して確認している。	○×			
	20） 術者（または、外科医のいずれか）は、予想される手術時間について声に出して確認している。	○×			
	21） 術者（または、外科医のいずれか）は、予想される出血量について声に出して確認している。	○×			
	22） 術者（または、外科医のいずれか）は、準備血液量について声に出して確認している。	○×			
WHOの推奨 Anticipated Critical Events （予想されるクリティカルなイベント） To Anaesthetist: Are there any patient-specific concerns ? （麻酔科医が声に出して確認すべきこと 患者固有の問題点は？）					
	23） 麻酔科医が、出血、血行動態の変動、患者固有の合併症等の問題点、及びそれに対応する計画があるかどうかを声に出して確認している。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Anticipated Critical Events （予想されるクリティカルなイベント） To Nursing team: Has sterility (including indicator results) been confirmed ? （看護チームが声に出して確認すべきこと：滅菌（インジケータ結果を含む）は確認したか？）					
Are there equipment issues or any concerns ? （看護チームが声に出して確認すべきこと：手術器械・材料に関する懸念事項があるか？）					
	24） 看護師は、滅菌済みであることの確認が行われたかどうかを声に出して確認している。	○×			
	25） 看護師は、手術器械・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。	○×			
	26） 臨床工学技士は、医療機器・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。	○×			
WHOの推奨 Is essential imaging displayed ? （必要な画像は掲示または表示されているか？）					
	27） 手術に必要な画像が示されている（X線フィルムの掲示や、電子カルテ画面上での画像の表示）。 （「○」の場合は、「a」・「b」へ、「×」の場合は、「c」・「d」へ）	○×			
	a （画像が掲示または表示されている場合） 画像が患者のものであることを声に出して確認している。	○×			
	b （画像が掲示または表示されている場合） 画像の左右が正しいことを声に出して確認している。	○×			
	c （画像が掲示または表示されていない場合） 画像を取り寄せ（あらためて示し）ている。	○×			
	d （画像が掲示または表示されていない場合） 必要な画像が利用できない場合に、画像なしで手術を開始するかどうか術者が判断し、声に出して伝えている。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
「皮膚切開前」の確認終了					
	28） 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術を開始している。 （チェックリストがない場合は、回答不要、29）を回答）	○×			
	29） 施設のチェックリストがない場合、どのように確認終了しているか。 （コメント欄に内容を記載） （チェックリストがある場合は、回答不要、28）を回答）				
	30） 「皮膚切開前」の確認終了時刻	:	:		
	31） 「皮膚切開前」の確認に要した時間 注） 時間のカウントは、「チームメンバーの自己紹介(自己紹介が行われない場合には、患者氏名・手術法・手術部位の確認)」で開始、「皮膚切開の開始」で終了とする。	（ ）分			
その他					
	32） その他気付いた点等があれば自由に記載して下さい。				

局所麻酔−③手術室退室前

訪問調査用チェックシート「他者評価用」記載上の注意点について

①本シートは、訪問した大学病院が調査結果を訪問先大学病院及び担当校に提出するためのシートです。

②訪問する大学病院は、訪問調査の前に、訪問先大学病院から提出された「WHO手術安全チェックリストにある項目一覧」を参照し、訪問先大学病院において、WHOの推奨項目（本シートのグレー網掛け部分）を確認することが定められている場合には、本シートの事前チェック欄に「○」、そうでない場合には「×」をつけてください。

③訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の現場において、実際に観察し確認できたことに基づき評価を行ってください。原則として、訪問する大学病院のメンバーは、訪問先大学病院の手術チームのメンバーに直接質問しないようにしてください。

④設問中に「コメント欄に記載」の指示（例：「○」の場合はコメント欄に記載など）がある場合には、必ずコメント欄に指示された内容について記載願います。

⑤下記の場合は、コメント欄に必ず他者評価結果の理由や問題点等を記載願います。
1．評価基準が「○×」のもので、「×」となった場合

⑥「全員が」とあるものは、確認に参加している手術チームのメンバーの中で、一人でも行っていない者がいれば「×」と評価してください。

⑦指定された職種以外が行っている場合は「×」とし、コメント欄に実施している職種を記入してください。

⑧その他、訪問調査において各項目について気付いた点等があれば、コメント欄に自由に記載してください。

訪問調査を受けた大学病院名	

訪問調査を行った大学病院名	
記入者（氏名・役職名）	
所属部署名	
電話番号	
メールアドレス	

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				

局所麻酔−③手術室退室前

観察・評価した手術に関する情報

1） 診療科名（コメント欄に記載）			
2） 術式（コメント欄に記載）			
3） 前投薬の有無	○×		
4） 出棟方法	4択		A. ストレッチャーまたはベッド B. 車椅子 C. 独歩 D. その他（ ）
5） 「手術室退室前」の確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

6） チェックリストを使用している。	○×		

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
	7） 指定されたチェックリスト・コーディネーターがいる。 注1） チェックリスト・コーディネーターの配置や担当職種が院内または手術部内で定められている 注2） チェックリストを用いて確認を行う際には、リストに記載されている安全チェックがすべて行われるよう、一人のメンバーが責任をもって確認する。このメンバーを、チェックリスト・コーディネーターと呼ぶ。チェックリスト・コーディネーターは、外回り看護師であることが多いが、手術チームのメンバーのいずれでもよい。 （「○」の場合は、「a」へ、「×」の場合は、「b」へ）	○×			
	a （チェックリスト・コーディネーターがいる場合）その職種 （コメント欄に内容を記載）				
	b （チェックリスト・コーディネーターがいない場合） 観察した手術では、誰がチェックリストの確認を主導しているか。	6択		A. 外科医 B. 麻酔科医 C. 看護師（器械出し） D. 看護師（外回り） E. 臨床工学技士 F. その他（ ）	
	8） 「手術室退室前」の確認のタイミングについて	3択		A. 閉創前 B. 閉創後 C. その他（ ）	
	9） 「手術室退室前」の確認の開始時刻 注） 時間のカウントは、「術式名の確認またはガーゼカウント終了の内、先に行われた方」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	:	:		
WHOの推奨 The name of the procedure （手術名の確認）					
	10） 看護師が外科医に対して口頭で、行われた術式名を確認している。	○×			

参考

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）		評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門					
WHOの推奨 Completion of instrument, sponge and needle counts （器具、ガーゼ（スポンジ）と針のカウントの完了）					
	11） 看護師が手術器械、ガーゼ、針カウントが一致したことを声に出して確認している。	○×			
	12） カウントが一致したか。 （「○」の場合は、13）へ、「×」の場合は、「a」へ）	○×			
	a カウントが一致しなかった場合、全員で探している。	○×			
	13） 遺残確認のX線撮影を行った場合、外科医は読影結果を声に出して伝えている。	○×			
WHOの推奨 Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) （標本の確認）					
	14） 手術室外に持ち出す標本について、標本容器に記載されている患者氏名や標本の種類（臓器・部位・個数等）を読み上げて確認している。 （複数選択可）	5択		A. 患者氏名 B. 標本の種類（臓器） C. 標本の種類（部位） D. 標本の種類（個数） E. その他（ ）	
WHOの推奨 Whether there are any equipment problems to be addressed （手術で使用した器材に問題があったか）					
	15） 当該症例の手術で発生（もしくは発覚）した手術器械・材料に関する問題の有無を声に出して確認している。	○×			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
WHOの推奨 Surgeon, anaesthetist and nurse review the key concerns for recovery and management of this patient （術者、麻酔科医と看護師は、この患者の術後の回復と管理に関する主たる懸念事項について再検討する）				
16） 術後の回復と管理に関する確認に参加したメンバー（複数選択可）	下表の数字に○		注） 各職種内の役割分担（主、副、上級、指導、研修中等）がわかる場合には、該当する枠内に記載して下さい。	

外科医	看護師	麻酔科医	臨床工学技士	患者	その他
1執刀医	6器械出し看護師	11	16	21	22
2第一助手	7外回り看護師	12	17		23
3外回り医	8	13	18		24
4	9	14	19		25
5	10	15	20		26

17） 手術・麻酔に関し、患者の術後の回復や管理における主たる懸念事項について、各職種がそれぞれ声に出して確認・共有している。	○×			
「手術室退室前」の確認終了				
18） 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術室から退室している。 （チェックリストがない場合は、回答不要、19）を回答）	○×			
19） 施設のチェックリストがない場合、どのように確認終了しているか。 （コメント欄に内容を記載） （チェックリストがある場合は、回答不要、18）を回答）				
20） 「手術室退室前」の確認終了時刻	:	:		
21） 「手術室退室前」の確認に要した時間 注） 時間のカウントは、「術式名の確認またはガーゼカウント終了の内、先に行われた方」で開始、「一連の確認の終了」で終了とする。	（ ）分			

※ ○・×、あるいは半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門（他者評価）	評価方法	他者評価	コメント欄 （記載方法はシートの最初にある「記載上の注意点について」を参照）	事前 チェック欄
1 手術部門				
その他				
22） その他気付いた点等があれば自由に記載して下さい。				

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　訪問調査用チェックシート「他者評価用」～要改善事項

訪問調査を受けた大学病院名		訪問調査を行った大学病院名	
		記入者（氏名・役職名）	
		所属部署名	
		電話番号	
		メールアドレス	

重点項目の中で特に改善が必要であると考えられる事項（訪問大学が3点まで記載）
1.
2.
3.

※必ず記載願います

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
1	1　医療安全管理体制			
1 1)	1)医療安全管理部門の体制			
1 1) ①	①　専任リスクマネジャーの人数	(　)名		
1 1) ②	②　専任リスクマネジャーの内訳(重複回答可)			
1 1) ②-a	a　医師・歯科医師	(　)名		
1 1) ②-b	b　薬剤師	(　)名		
1 1) ②-c	c　副看護部長	(　)名		
1 1) ②-d	d　看護師長	(　)名		
1 1) ②-e	e　副看護師長	(　)名		
1 1) ②-f	f　その他(コメント欄に記入)	(　)名		
1 1) ③	③　専任の事務職員が配置されている。	○×		
1 1) ④	④　医療安全のための適切な予算措置がとられている。	4段階		
1 1) ⑤	⑤　次期専任リスクマネジャー養成のための体制がある。	4段階		
1 1) ⑥	⑥　感染対策部門と医療安全管理部門との連携が取れている。	4段階		
1 1) ⑦	⑦　医薬品安全管理責任者は医療安全管理の委員会と連携が取れている。	4段階		
1 1) ⑧	⑧　医療機器安全管理責任者は医療安全管理の委員会と連携が取れている。	4段階		
1 2)	2)インシデント報告体制とPDCAサイクルの実践			
1 2) ①	①　インシデント報告システムがオンライン化されている。	○×		
1 2) ②	②　各部門のリスクマネジャーは、インシデント報告の内容を把握している。	4段階		
1 2) ③	③　各部門内でインシデント分析やフィードバックを行う体制がある。	4段階		
1 2) ④	④　病院全体で有害事象を検証するしくみがある。	4段階		
1 2) ⑤	⑤　インシデントを病院全体で分析・検討し、医療安全のルール化や、システム改善に役立てている。	4段階		
1 2) ⑥	⑥　医療安全対策の効果を定量的に評価している。	4段階		
1 3)	3)医療事故が発生した場合の対応			
1 3) ①	①　緊急又は重大事態が発生した場合の対応(緊急連絡網を含む)等について、明文化され、職員に周知されている。	4段階		
1 3) ②	②　緊急又は重大事例について、改善や説明責任に資するために、院内の多職種で検証している。	4段階		
1 3) ③	③　原因究明のための事故調査委員会を設置する規程がある。	○×		
1 3) ④	④　必要に応じて、原因究明のための、外部委員が参加した事故調査委員会を設置できる。	○×		
1 3) ⑤	⑤　必要に応じて、外部に公表する規程・手順がある。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
2	2　診療体制			
2 1)	1)患者の受持ち体制			
2 1) ①	①　患者の日常的診療の中心は、研修医が主体となっていない。	4段階		
2 1) ②	②　助教は、常勤の上席医師として、受持ちグループの他の構成員を適切にリードする役割を果たしている。	4段階		
2 1) ③	③　大学院生や研究生が入院患者の日常的な診療の中心となることはない。	4段階		
2 1) ④	④　診療活動の急増や研究活動の活発化等のために、医師のマンパワーが不足することはない。	4段階		
2 1) ⑤	⑤　病院全体として見た場合、教員の勤務状況は診療と研究・教育のバランスを保っている。	4段階		
2 1) ⑥	⑥　教員の評価は、教育や診療より論文業績のみが評価される傾向にはない。	4段階		
2 1) ⑦	⑦　診療科長は、所属する医師の勤務実態を的確に把握している。	4段階		
2 1) ⑧	⑧　医師(研修医を除く)の度を超した過重労働(週80時間以上)は見受けられない。	4段階		
2 1) ⑨	⑨　医師(研修医を除く)のマンパワーの適正配分を行っている。	4段階		
2 2)	2)夜間の診療体制			
2 2) ①	①　病棟の当直医の要件は、研修医や大学院生の医師ではないこととされている。	4段階		
2 2) ②	②　当直医への引き継ぎが、必ず行われている。(A、Bの場合は次項へ)	4段階		
2 2) ②-a	a　引継ぎは引継簿や当直日誌で必要事項を記入し、直接口頭でも行われている。	4段階		
2 2) ③	③　当直医は定時に病棟へ行っている。	4段階		
2 2) ④	④　病棟の当直医を呼びにくいなどの風潮はない。	4段階		
2 2) ⑤	⑤　夜間における複数の救急患者の診療にあたっては、夜間の看護管理のための当直看護師長に応援を求めることが出来る体制になっている。	4段階		
2 2) ⑥	⑥　当直者の当直明けの業務について負担軽減などの配慮をしている。	4段階		
2 2) ⑦	⑦　当直回数は、適正な範囲内(週1回程度)で行われている。	4段階		
2 2) ⑧	⑧　当直者の仮眠環境などの整備が行われている。	4段階		
2 2) ⑨	⑨　診療科長は、所属する医師の夜間の勤務実態を把握し、適切な措置を講じている。	4段階		
2 3)	3) 院内救急体制			
2 3) ①	①　院内全体で共通の救急コール方法がある。(○の場合は、次項へ)	○×		
2 3) ①-a	a　救急コール事例や心肺蘇生に関して、事例の報告システムがある。	○×		
2 3) ①-b	b　救急コールや心肺蘇生事例に関して、事例の検証を行う院内体制がある。	○×		
2 3) ②	②　二次救命処置(ACLS)の教育が院内で行われている。	○×		
2 3) ③	③　救急カートが各部署に配置され、医薬品が標準化されている。	○×		

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
2 4)	4) チーム医療			
2 4) ①	①　診療科を超えた診療体制を構築できる体制がある。	4段階		
2 4) ②	②　各部署で職種を超えたカンファレンスが行われ、診療記録に記載されている。	4段階		
2 4) ③	③　病院全体で、死亡や合併症等に関するカンファレンスが行われている。	4段階		
2 4) ④	④　合同手術やハイリスク手術において、複数診療科や麻酔科を含めカンファレンスや連携協力体制がとれている。	4段階		
2 5)	5)クリティカル・パス			
2 5) ①	①　患者用パスを作成・使用している。	4段階		
2 5) ②	②　各診療科においてパスの評価・改良を行っている。	4段階		
2 5) ③	③　パスが電子化されている。	4段階		
2 5) ④	④　治療・看護の継続性が保てるように地域連携のためのパスを作成・使用している。	4段階		
2 6)	6)インフォームド・コンセント			
2 6) ①	①　インフォームド・コンセントに関して検討する委員会がある。	○×		
2 6) ②	②　高度医療や新たな医療行為を行う場合、倫理委員会の承認や患者へのインフォームド・コンセントを十分に行っている。	4段階		
2 6) ③	③　インフォームド・コンセントに関するガイドラインがある。	○×		
2 6) ④	④　病院として、同意を取るべき手術・麻酔・処置等が定められており、明文化されている。	4段階		
2 6) ⑤	⑤　病院として、説明文書、同意書の書式が定められている。	○×		
2 6) ⑥	⑥　複数の診療科で医療を行う場合、両者がインフォームド・コンセントの場に同席するルールがある。	○×		
2 6) ⑦	⑦　インフォームド・コンセントは看護師が同席するなど複数の医療従事者で行っている。	4段階		
2 6) ⑧	⑧　必要に応じて、心理的なサポートができる職員が同席できる体制がある。	○×		
2 7)	7)臨床倫理			
2 7) ①	①　終末期医療や宗教上の輸血拒否等の臨床上の倫理的問題を検討するシステムがある。(○の場合は、次項へ)	○×		
2 7) ①-a	a　検討する委員会がある。	○×		
2 7) ①-b	b　マニュアルやガイドラインがある。	○×		
2 7) ①-c	c　必要に応じて、迅速に相談できる体制がある。	4段階		
3	3　患者の参加等を通じた安全性の向上			
3 1)	1)患者参加促進のための体制整備			
3 1) ①	①　医療や疾病に関する情報入手のための患者図書館を設置している。(○の場合は、次項へ)	○×		
3 1) ①-a	a　患者図書館に医療に関する書籍やパンフレットをおいている。	○×		
3 1) ①-b	b　患者図書館に相談員を配置されている。	○×		
3 1) ①-c	c　患者図書館等からインターネットにアクセスできる。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
3 1) ②	②　セカンドオピニオンについて相談する窓口がある。	○×		
3 2)	2)医療安全のための患者参加の促進			
3 2) ①	①　患者確認について、患者に協力を求めている。(入院のしおりなど、患者に対して明文化されている)	4段階		
3 2) ②	②　投与される薬剤について、患者自らがその内容を確認するように啓発している。	4段階		
3 2) ③	③　患者に自分が受ける検査や治療について疑問がある場合は、遠慮せず医療者に質問するように啓発している。	4段階		
3 3)	3)診療情報の共有			
3 3) ①	①　入院中に患者が自分の検査データなどを医療情報システムを通して閲覧することができる。	4段階		
3 3) ②	②　患者自身の薬剤アレルギー情報を、「アレルギーカード」などの形で患者に渡している。	4段階		
3 4)	4)患者相談			
3 4) ①	①　患者相談の内容に応じて、問題解決が図られている。	4段階		
3 4) ②	②　患者相談の対応について、対応する職員への教育が行われている。	4段階		
4	4　診療情報管理と医療情報システム			
4 1)	1)診療記録の内容や形態等～紙・電子媒体共通項目			
4 1) ①	①　診療記録には、診療に係る記録が遅滞無く(当日中の診療に係る記録は当日中に)且つ正確に記載されている。	4段階		
4 1) ②	②　医師は毎日記載している。	4段階		
4 1) ③	③　診療記録には以下の情報がもれなく記載されている。			
4 1) ③-a	a　診断の根拠となる患者の主観的訴えと理学所見や検査所見などの客観的情報	4段階		
4 1) ③-b	b　患者基本情報(禁忌やアレルギー歴等)	4段階		
4 1) ③-c	c　入院時の記録	4段階		
4 1) ③-d	d　検査や治療の目的や実施する根拠	4段階		
4 1) ③-e	e　実施した検査や治療の内容	4段階		
4 1) ③-f	f　検査結果や臨床経過及びそれに基づくその後の治療方針	4段階		
4 1) ③-g	g　診療計画の評価、見直し	4段階		
4 1) ③-h	h　患者家族への説明及びインフォームド・コンセントに関する内容	4段階		
4 1) ④	④　主治医・担当医等の氏名と連絡先が、診療記録に明記されている。	4段階		
4 1) ⑤	⑤　記載方法としてPOMRが取り入れられている(問題点リストが活用され、問題点ごとの治療計画がたてられている)。	4段階		
4 1) ⑥	⑥　経過記録はSOAPで記載されている。	4段階		
4 1) ⑦	⑦　診療記録は、医療従事者だけの目に触れることを前提としたような伝言ノートやメモになっていない。	4段階		
4 1) ⑧	⑧　感情的コメントは書かれていない。	4段階		
4 1) ⑨	⑨　略語や外国語の使用は必要最小限にとどめている。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

平成24年度
対象外

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
4 1) ⑩	⑩ 退院時要約は入院中の経過が的確に把握できる内容である。	4段階		
4 2)	2)診療記録の電子化に関する状況			注、1-4-2) ①～③の項目は現状の調査を目的としたものです。
4 2) ①	① 別表4-2)-1)にある項目について、電子媒体(電子カルテへ直接入力またはスキャン)もしくは、紙媒体での管理か、該当する欄に○を記載	別表		
4 2) ②	② ①でスキャン取り込みを行っている			
4 2) ②-a	a 主な実施者は、(1.スキャン専任者　2.医療従事者　3.事務スタッフ　4.その他)(その他の場合は具体的にコメント欄に記述)	回答		
4 2) ②-b	b 主な実施場所は、(1.スキャンセンター　2.各[illegible]　3.[illegible]　4.その他)(その他の場合は具体的にコメント欄に記述)	回答		
4 2) ②-c	c タイムスタンプと電子署名の両方が運用されている。	○×		
4 2) ②-d	d スキャンした後の紙の管理(破棄までの期間)	(　)年		
4 2) ③	③ 各診療科における手書きの図や写真などの管理状況(複数回答)			A　電子カルテへのデジタルペン等での直接入力やデジタル写真のとりこみ B　スキャン
4 3)	3)禁忌・アレルギー情報等の記録・表示			
4 3) ①	① 禁忌・アレルギー情報等が散逸的に記録されるのではなく、一カ所に集約されて閲覧できる。	○×		
4 3) ②	② 禁忌・アレルギー情報等がある場合に、閲覧者に気付かせる工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 3) ③	③ 誰でも登録できる。	○×		
4 3) ④	④ 登録者、登録日時が記録される。	○×		
4 3) ⑤	⑤ 注意事項がないのか、注意事項の確認がされていないのかが区別できる。	○×		
4 3) ⑥	⑥ 入院毎に禁忌・アレルギー情報等を改めて確認する運用がとられ、確認されたことが記録上でも分かる。	○×		
4 3) ⑦	⑦ 薬剤アレルギーが登録されている場合、該当薬剤がオーダされようとした場合に警告が出る仕組みがある。	○×		
4 3) ⑧	⑧ 造影剤が禁忌である場合に、造影検査のオーダ時及び実施前に確認させる仕組みがある。	○×		
4 3) ⑨	⑨ 入力している禁忌・アレルギー情報等の内容			
4 3) ⑨-a	a 薬剤(造影剤を含む)	○×		
4 3) ⑨-b	b 食物	○×		
4 3) ⑨-c	c 気道確保困難のリスク	○×		
4 3) ⑨-d	d 体内金属	○×		
4 3) ⑨-e	e 病名開示制限、または告知範囲	○×		
4 3) ⑨-f	f DNR(蘇生拒否)	○×		
4 3) ⑨-g	g その他(○の場合、コメント欄に記載)	○×		
4 3) ⑩	⑩ 重要な検査結果については、電子カルテ上で見落とさない工夫がある。	○×		
4 4)	4)指示～実施の記録			
4 4) ①	① 一般指示			
4 4) ①-a	a 患者の安静度、移動方法等について、いつからどのように変更するかの指示が、正しく記録されている。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
4 4) ①-b	b バイタル等測定、ケア項目について、どの頻度で実施するかの指示ができる。	○×		
4 4) ①-c	c バイタル等測定、ケア項目について、いつから変更、中止するかが正しく記録されている。	○×		
4 4) ①-d	d 現時点のアクティブな指示内容がすぐに分かり、指示変更忘れを気付かせる工夫がある。	○×		
4 4) ②	② 内外用薬の指示			
4 4) ②-a	a いつから(朝、昼、夕の区別を含む)、どの薬剤を開始するかということが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。	4段階		A. 指示ができ、迅速に伝わり、新しい指示が記録に残る B. 指示ができ、迅速に伝わるが、新しい指示は記録に残らない C. 指示ができるが、迅速には伝わらない D. 指示できない
4 4) ②-b	b いつ、どの薬剤を変更または中止するかということが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。	4段階		A. 指示ができ、迅速に伝わり、新しい指示が記録に残る B. 指示ができ、迅速に伝わるが、新しい指示は記録に残らない C. 指示ができるが、迅速には伝わらない D. 指示できない
4 4) ③	③ 注射指示			
4 4) ③-a	a いつから、どの薬剤を開始するかということが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。	4段階		A. 指示ができ、迅速に伝わり、新しい指示が記録に残る B. 指示ができ、迅速に伝わるが、新しい指示は記録に残らない C. 指示ができるが、迅速には伝わらない D. 指示できない
4 4) ③-b	b シリンジポンプ等で持続的に投与する薬剤(昇圧剤や鎮静剤等)について、流速設定、流速の変更等を指示が正しく記録される。	4段階		
4 4) ③-c	c インスリンの投与について、製剤名と規格、条件を含む投与量の情報が抜けることなく指示が記録されている。	○×		
4 4) ③-d	d インスリンの指示変更があった場合に、いつから変更があり、いつ終了したかが記録され、新しい指示を見逃さない工夫がある。	○×		
4 4) ④	④ 必要時指示			
4 4) ④-a	a 必要時指示(熱発時、腹痛時等)について、必要となる条件が指示が明確に記録されている。	○×		
4 4) ④-b	b 同一条件下で、どの指示が優先されるのかが明確に記録できる仕組みがある。(例:熱発時に、氷枕、効果なければロキソプロフェン内服、3時間空けてジクロフェナク坐薬50mg挿肛など)	○×		
4 4) ⑤	⑤ 指示受け			
4 4) ⑤-a	a 誰がいつ指示を出したのか、いつその指示を実施するのかがすぐに分かるようになっている。	4段階		A. すべての指示でできている B. 大部分の指示でできている C. 一部の指示でできている D. まったくできていない
4 4) ⑤-b	b 出された指示を見逃さない工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 4) ⑤-c	c 指示変更の場合、何について何から何に変更になったかが把握できる仕組みがある。	○×		
4 4) ⑤-d	d 変更が繰り返された場合でも、現時点でアクティブな指示がすぐに分かる工夫がされている。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 4) ⑤-e	e 誰が、いつ指示受けしたかが記録されるようになっている。	○×		
4 4) ⑤-f	f 指示受けした指示について、実施忘れがないようにする工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 4) ⑤-g	g 疑義が生じたときに照会できる方法がある。	○×		
4 4)	○の場合、その方法(複数回答)			A. 口頭・電話 B. メール機能 C. 電子カルテ付箋 D. その他(　　)

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
4 4) ⑤-h	h 疑義紹介への回答を確実に得られる方法がある。	○×		
4 4)	○の場合、その方法(複数回答)			A. 口頭・電話 B. メール機能 C. 電子カルテ付箋 D. その他(　　)
4 4) ⑤-i	i 全ての指示についての履歴を確認できる。	○×		
4 4) ⑥	⑥ 口頭指示			
4 4) ⑥-a	a 医師の口頭指示を必要最小限とした病院としての取り決めがある。	○×		
4 4) ⑥-b	b 医師が口頭指示した内容は、後から医師が確認し、指示内容を承認記録するようになっており、実施されている。	○×		
4 4) ⑦	⑦ 内外用薬の実施記録			
4 4) ⑦-a	a 定期的に服用している薬剤の服薬記録が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-b	b 頓服薬の服薬記録が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-c	c 臨時に中止した薬剤が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-d	d 外用薬の使用が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-e	e 隔日投与、2日おき投与などの処方の場合に、正しく服薬の記録がとれる仕組みがある。正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-f	f 入院患者について、持参薬の服薬の記録が正しく記録される仕組みがある。正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑧	⑧ 注射の実施記録			
4 4) ⑧-a	a 投与した注射について、開始日時、実施者が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑧-b	b 注射を途中で中止した場合に、投与した量、あるいは残量が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑧-c	c シリンジポンプ等で持続的に投与する薬剤(昇圧剤や鎮静剤等)について、投与速度、投与速度の変更時刻が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑨	⑨ 看護実施記録			
4 4) ⑨-a	a ケアの実施、バイタル等の計測が、いつ、誰によって実施されたかが記録される仕組みがある。	○×		
4 4) ⑩	⑩ 院外処方			
4 4) ⑩-a	a 院外処方箋で処方された薬剤が、当該薬局で後発品に変更された場合に、その通知を受け、診療記録に記録する運用上の仕組みがある。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
4 5)	5)記録の一覧性			
4 5) ①	① 熱計表(温度板)の記録			
4 5) ①-a	a 必要な測定の項目が、適切なスケールでグラフに表示されている。	○×		
4 5) ①-b	b 投与した注射の種類、量、投与速度が正しく時系列で表記されている。	○×		
4 5) ①-c	c 服用した薬剤の種類、量が正しく時系列で表記されている。	○×		
4 5) ①-d	d 看護ケア項目の実施記録・計測結果が正しく時系列で表記されている。	○×		
4 5) ①-e	e 毎回の排尿、排便、尿量が表記されている。	○×		
4 5) ①-f	f 毎回の食事種類・量、摂取カロリーが表記されている。	○×		
4 5) ①-g	g 実施した重要な検査、手術が表記されている。	○×		
4 5) ②	② 横断的時系列表示			
4 5) ②-a	a 患者に実施された検査(検体検査、画像検査、生理検査、病理検査)が一覧でき、それぞれがいつ実施されたのかがすぐに把握できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-b	b 個々の検査レポートを簡単に閲覧でき、過去に作成された同種のレポートと比較ができる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-c	c 自院で処方された薬剤について、過去の任意の時点で処方された全ての薬剤種と一日量が分かる表示がある。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-d	d 過去に実施された処置や手術が一覧できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-e	e 過去に患者が撮った過去の画像情報を一覧できる機能がある。	○×		
4 5) ②-f	f 見たい画像の詳細画像を簡単に閲覧できる。	○×		
4 5) ②-g	g 個々の画像を簡単に閲覧でき、過去に撮影された同種の画像と比較できる。	○×		
4 5) ②-h	h 何年前までの過去画像をその場ですぐに参照することができる。	(　)年前		
4 5) ③	③ 経過記録			
4 5) ③-a	a 同一患者について、同時に複数の職員が閲覧・記録できる。	4段階		A. すべての記録についてできる B. 基本的にはできる C. 例外的にできる D. できない
4 5) ③-b	b 全ての記録(各科の経過記録、看護記録、リハビリ記録、褥瘡記録、薬剤管理指導記録など職種にかかわらず)が時系列で表示され閲覧できる仕組みがある。	○×		
4 5) ③-c	c 一部の記録に絞って閲覧できる機能がある。	○×		
4 5) ③-d	d いつ(日時分のオーダで)、誰が記録したのかの記録がされている。	○×		
4 5) ③-e	e 急変対応時等のように、事後に一連の実施記録を行うことが必要な場合に、いつ(日時分のオーダで)の臨床的イベントや検査・治療なのかについて記録できる仕組みがある。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
4 5) ④	④　臨床研修医の記録			
4 5) ④-a	a 臨床研修医の経過記録が、一般医の記録と区別して表示される。	○×		
4 5) ④-b	b 臨床研修医のオーダ登録が、一般医の記録と区別して表示される。	○×		
4 5) ④-c	c 臨床研修医の経過記録に、指導医のカウンターサインやコメントが表示される。	○×		
4 5) ④-d	d 臨床研修医の経過記録に、指導医がカウンターサインを付け忘れないようにする工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 5) ④-e	e 臨床研修医の指示に対するカウンターサインがない場合にチェックがかかるしくみがある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 5) ⑤	⑤ 画像の閲覧			
4 5) ⑤-a	a 電子カルテ上で、心臓カテーテル検査、心臓超音波などが動画像として閲覧できる。	4段階		A.　全てできている B.　大部分できている C.　一部だけできている D.　全くできていない
4 5) ⑤-b	b 電子カルテ上で、内視鏡検査・治療が動画像として閲覧できる。	4段階		A.　全てできている B.　大部分できている C.　一部だけできている D.　全くできていない
4 5) ⑤-c	c 電子カルテ上で、CT画像について、3D画像で閲覧でき、主治医が見たい任意の断面を観察できる。	4段階		A.　全てできている B.　大部分できている C.　一部だけできている D.　全くできていない
4 5) ⑤-d	d 電子カルテ上で、各科で撮影された写真(眼底、皮膚病変等)が閲覧できる。	4段階		A.　全てできている B.　大部分できている C.　一部だけできている D.　全くできていない
4 5) ⑤-e	e 他の医療機関で撮影された持ち込み画像を院内で保存する仕組みがある。	4段階		A.　全てできている B.　大部分できている C.　一部だけできている D.　全くできていない
4 6)	6)診療記録の管理・監査体制			
4 6) ①	① 診療記録管理委員会又はそれに準ずる委員会が設置されている。	○×		
4 6) ②	② 診療記録の管理や記載方法に関する規定やルール等が明文化されている。	4段階		
4 6) ③	③ 診療記録の記載に関して 医長、チーフレジデントレベルでの一次監査が行われている。	4段階		
4 6) ④	④ 診療情報管理士や診療記録委員により退院診療記録に対して二次監査が行われている。	4段階		
4 6) ⑤	⑤ 退院時要約が定められた期間内に作成されている。	4段階		2週間以内作成率 A　75-100%　　B　50-75% C　25-50%　　D　0-25%
4 6) ⑥	⑥ 退院時サマリの期限内作成率のモニターができている。	4段階		
4 6) ⑦	⑦ 診療記録管理部門は返却期限の過ぎた入院患者の診療記録について速やかに督促している。	4段階		
4 6) ⑧	⑧ 診療記録管理部門から指摘された診療記録の不備に対して医療従事者は速やかに対処している。	4段階		
4 7)	7)診療記録に関する教育			
4 7) ①	① 診療記録に関する卒前教育が行われている。	4段階		
4 7) ②	② 診療記録に関する卒後教育が行われている。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
4 7) ③	③ 新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。	4段階		
4 8)	8)個人情報保護・セキュリティ			
4 8) ①	① 診療に関係のない患者情報の閲覧に関する制限がある。	4段階		
4 8) ②	② 患者情報の院外への持ち出し禁止のルールがある。	○×		
4 8) ③	③ 診療記録や患者情報の紛失が無い(平成23年度)。	○×		
4 8) ④	④ 入力責任者のIDやパスワードが、他の者に安易に使用されないシステムになっている。	○×		
4 8) ⑤	⑤ IDやパスワードの違反使用に対しての罰則規程がある。	○×		
4 8) ⑥	⑥ 医療情報システムに自動ログオフ機能がある。	○×		
4 8) ⑦	⑦ 個人情報保護の観点から、漏洩防止やウイルス対策システムがある。	○×		
4 8) ⑧	⑧ 診療記録情報へのアクセスが職種等により適切に制限されている。	4段階		A.　職種等毎にアクセスしてよい情報が細かく検討され設定されている B.　職種等毎にアクセスしてよい情報が設定されている C.　職種等毎にアクセスしてよい情報が大まかに決められ設定されている D.　全ての職員がどの情報にもアクセスしてよいように設定されている
4 8) ⑨	⑨ ユーザが診療録情報へアクセスした場合に、閲覧対象の患者、閲覧したユーザ、閲覧日時がログとして記録されている。	4段階		A.　ログは適切に管理され、不正アクセスについて常に監視している B.　ログは適切に管理され、ログ情報が閲覧可能な状態で公開されている C.　ログは適切に管理されているが、事件が起こるまでは原則確認されない D.　ログは適切に管理されていない
4 9)	9) 医療情報システムの改善			
4 9) ①	① 利用者が、システム管理部署に意見を随時伝えるための仕組みがある。	4段階		
4 9) ②	② 利用者の意見に基づき、改善方法を定期的に検討する仕組みがある。	4段階		
4 9) ③	③ システム改善の進捗状況を、定期的に利用者に報告している。	4段階		
4 10)	10)診療情報の二次利用			
4 10)①	① 医療従事者への研究、教育、診療のための情報提供が可能である。	4段階		
4 10)②	② 臨床評価指標や経営指標等のデータ抽出が可能である。	4段階		
4 10)③	③ 医療の質の評価(クオリティ・インディケーターの測定)を行っている。	4段階		
4 10)④	④ 医療の質に関するデータを院外に公開している。	4段階		
5	5 医療安全に関する教育・研修			
5 1)	1)新卒者			
5 1) ①	① オリエンテーションにおいて、医療安全の教育を行っている。(A、Bの場合は、別表5-1)-①に記入)	4段階		
5 1) ②	② 研修医に対して、医療機器の使用方法や処置等の実技演習がある。(A、Bの場合は、別表5-1)-②に記入)	4段階		
5 1) ③	③ 看護師に対して、医療機器の使用方法や処置等の実技演習がある。(A、Bの場合は、別表5-1)-③に記入)	4段階		
5 2)	2)中途採用者			
5 2) ①	① 入職時に医療安全に関する講義を行っている。	4段階		

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
5 3)	3)リスクマネジャーへの教育			
5 3) ①	① リスクマネジャー任命時に、医療安全に関する教育を行っている。(A、Bの場合は、次項へ)	4段階		
5 3) ②	② 教育内容(重複回答可)			
5 3) ②-a	a リスクマネジャーの役割	○×		
5 3) ②-b	b 医療安全文化	○×		
5 3) ②-c	c 根本原因分析の方法	○×		
5 3) ②-d	d システム指向の事故防止対策	○×		
5 3) ②-e	e 医療安全や医療事故に関する法律や規則	○×		
5 3) ②-f	f 医療従事者間の情報伝達	○×		
5 3) ②-g	g その他(コメント欄に記入)	○×		
5 3) ③	③ 教育方法(重複回答可)			
5 3) ③-a	a 医療安全担当者による集合教育	○×		
5 3) ③-b	b 医療安全担当者による個別教育	○×		
5 3) ③-c	c リスクマネジャー会議を通じて	○×		
5 3) ③-d	d 電子メール、資料配布を通じて	○×		
5 3) ③-e	e その他(コメント欄に記入)	○×		
5 4)	4)医療安全の教育・研修の実施に関する工夫			
5 4) ①	① 全ての職員がいつでも医療安全のマニュアルを見ることができる。(A、Bの場合は、次項へ)	4段階		
5 4) ②	② 具体的内容(重複回答可)			
5 4) ②-a	a 全職員に医療安全管理のマニュアルを配布	○×		
5 4) ②-b	b 全職員に携帯用の医療安全管理のマニュアルを配布	○×		
5 4) ②-c	c 各部署に医療安全管理のマニュアルを配布	○×		
5 4) ②-d	d Web上に医療安全のマニュアルがあり、いつでもアクセスできる。	○×		
5 4) ②-e	e その他(コメント欄に記入)	○×		
5 4) ③	③ 医療安全管理に関する職員への啓発運動を行っている。(A、Bの場合は、次項へ)	4段階		
5 4) ④	④ 具体的内容(重複回答可)			
5 4) ④-a	a 標語の作成	○×		
5 4) ④-b	b ポスター作成	○×		
5 4) ④-c	c 強化週間の設定	○×		
5 4) ④-d	d アンケート	○×		
5 4) ④-e	e その他(コメント欄に記入)	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
5 4) ⑤	⑤ 医療安全の教育・研修において教育効果を上げる工夫をしている。(A、Bの場合は、別表5-4)-⑤に記入)	4段階		
5 4) ⑥	⑥ 教育・研修の効果の評価を行っている。 (具体的内容はコメント欄に記入)	4段階		
5 4) ⑦	⑦ 医療安全の講習会等への出席者確保のための工夫の内容(重複回答可)			
5 4) ⑦-a	a 複数の講義室へのライブ中継	○×		
5 4) ⑦-b	b ビデオやDVD等を用いた講習	○×		
5 4) ⑦-c	c 同一内容の複数回講義	○×		
5 4) ⑦-d	d その他(コメント欄に記入)	○×		
5 4) ⑧	⑧ 医療法で規定されている医療安全の講習会等に、全職員が年2回参加することとしている。	4段階		
5 5)	5)その他			
5 5) ①	① 医療安全に対する教育・研修に事務部門からの支援体制がある。(具体的内容はコメント欄に記入)	4段階		
5 5) ②	② 実習学生の指導教員(病院職員以外)に対する医療安全教育の機会を設けている。	4段階		
6	6 初期研修医に対する安全管理体制			
6 1)	1)初期研修医の指導体制			
6 1) ①	① 医療安全管理部門と卒後臨床研修センターの情報の共有が図られている。	4段階		
6 1) ②	② 初期研修医全員に対して、診療に関する重要な情報が周知されるようなシステムが整備されている。	4段階		
6 1) ③	③ それぞれの初期研修医の到達目標の達成度について、卒後臨床研修のプログラム責任者が把握できるシステムがある。	4段階		
6 1) ④	④ 施設における医療安全の研修を初期研修医が受講するよう上級医が促している。	4段階		
6 1) ⑤	⑤ 施設における医療安全の研修を初期研修医が受講していることを指導医(卒後7年目以降の医師で、厚労省の定める"臨床研修に係る指導医講習会"を受講したもの)が把握している。	4段階		
6 1) ⑥	⑥ 救急研修において、初期研修医のみによる救急診療を避ける体制ができている。	4段階		
6 1) ⑦	⑦ 初期研修医が上級医(すべての上級医師。指導医を含む)にいつでも診療に関する相談ができるような体制ができている。	4段階		
6 1) ⑧	⑧ 初期研修医もインシデントレポートを提出する体制ができている。	4段階		
6 1) ⑨	⑨ 初期研修医が医療事故に係わった場合の対応が定められている。	4段階		
6 2)	2)卒後臨床研修プログラム			
6 2) ①	① 患者－医師関係、チーム医療、問題対応能力、医療安全など医療者として身につけるべき基本的な項目が初期研修の到達目標に盛り込まれている。	4段階		
6 2) ②	② 初期研修医は、医療安全に関する具体的な到達目標について複数の指導者(上級医師、看護師、コメディカルなど)から評価を受けている。	4段階		
6 2) ③	③ 症例の検討や分析実習など医療安全に関する具体的な研修が初期研修医に対して行われている。	4段階		
6 2) ④	④ オリエンテーション以外の研修期間中に、採血や縫合などの医療技術の研修が初期研修医に対して行われている。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」（適切に行われている、あるいは十分である等）
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」（不適切である、あるいは行われていない）

※半角、大文字で入力

Ⅰ　全体		評価方法	評価	コメント
6 3)	3）初期研修医が単独で行い得る医療行為（特に処方、処置）に関する基準			
6 3) ①	①　初期研修医が単独で行ってよい指示や処置、指導医と共に行うべき指示や処置について病院共通の基準が明文化され周知されている。	4段階		
6 3) ②	②　危険性の高い薬剤を初期研修医が処方する際のルールが定められている。	○×		
6 3) ③	③　初期研修医による輸血療法に関するルールが定められている。	○×		
6 3) ④	④　初期研修医の診療行為について、上級医がチェックするシステムがある。	4段階		
6 3) ⑤	⑤　上級医によって初期研修医の記載した診療記録の監査・確認（カウンターサインなど）が行われている。	4段階		
6 4)	4）初期研修医の勤務体制			
6 4) ①	①　卒後臨床研修センターは、初期研修医の労働時間等の勤務状況を把握している。	4段階		
6 4) ②	②　卒後臨床研修センターは、初期研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。	4段階		
6 4) ③	③　初期研修医のメンタルヘルスケアを行っている。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅱ　病棟・外来		評価方法	評価	コメント
1	1　患者確認等			
1　①	①　患者の確認は、2つ以上の情報を用いて行っている。	4段階		
1　②	②　ベッドサイドで患者氏名と実施すべき医療行為の照合確認を行っている。	4段階		
1　③	③　部署で採取または保管する生体試料(卵子・精子・生検検体等)について、検体誤認防止の手順が明文化され、遵守されている。	4段階		
2	2　医薬品			
2 1)	1)病棟・外来等における医薬品の管理			
2 1) ①	①　同一薬品における静脈注射用(筋肉注射禁忌)、筋肉注射用(静脈注射禁忌)の取り違えや、薬効の異なる類似名称薬剤の取り違えを防ぐために、保管場所を変える等の方法が取られている。	4段階		
2 1) ②	②　薬剤の保管温度、保存・使用期限を定期的にチェックする仕組みがある。	4段階		
2 1) ③	③　規制医薬品(麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬・生物製剤)の管理方法が明文化され、それが参照しやすくなっており、定期的に見直されている。	4段階		
2 1) ④	④　規制医薬品(麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬・生物製剤)の処方・管理が適切に行われているかを評価する体制(病棟巡視や関係者による監視体制)がある。	4段階		
2 1) ⑤	⑤　病棟において、内服薬の管理方法(看護師管理・患者管理等)の判断基準があり、それを基に評価し、医療者間で情報共有されている。	4段階		
2 2)	2)病棟・外来等における医薬品の安全使用			
2 2) ①	①　病棟において、処方開始、変更、中止の場合の指示出し・指示受け等のルールが定められている。	4段階		
2 2) ②	②　病棟において、内服・外用薬の中止薬・残薬の取り扱いに関する方針や処理方法が明文化されている。	4段階		
2 3)	3)薬剤に関する情報提供・服薬指導			
2 3) ①	①　薬剤師が入院中に薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。	4段階		
2 3) ②	②　薬剤師がハイリスク医薬品(抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、抗凝固剤等、処方や使用の方法を誤った場合に患者に重大な傷害をきたす危険性の高い医薬品)が投与されている入院患者に対して、薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。	4段階		
2 3) ③	③　薬剤師が退院時に薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。	4段階		
2 4)	4)持参薬の取り扱い			
2 4) ①	①　持参薬の使用に関する基本方針が明文化されている。	○×		
2 4) ②	②　持参薬の確認手順が明文化されている。	○×		
2 4) ③	③　持参薬を使用して良いことになっている。(○の場合は④へ〔⑤は回答不要〕、×の場合は⑤へ〔④は回答不要〕)	○×		
2 4) ④	④　持参薬を使用可の場合、持参薬を使用しないときの取り決め(例外規定)が明文化されている。(○の場合、例外規定の内容をコメント欄に記入)	○×		
2 4) ⑤	⑤　持参薬を使用不可の場合、持参薬を使用してよいときの取り決め(例外規定)が明文化されている。(○の場合、例外規定の内容をコメント欄に記入)	○×		

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅱ　病棟・外来		評価方法	評価	コメント
2 4) ⑥	⑥ 他院で処方された持参薬の確認について			
2 4) ⑥-a	a 薬の種類・名称等の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種(　　)
2 4) ⑥-b	b 薬の種類・名称等の確認はいつ行っているか。	4択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑥-c	c 実際の服薬状況の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種(　　)
2 4) ⑥-d	d 実際の服薬状況の確認はいつ行っているか。	4択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑦	⑦ 自院で処方された持参薬の確認について			
2 4) ⑦-a	a 薬の種類・名称等の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種(　　)
2 4) ⑦-b	b 薬の種類・名称等の確認はいつ行っているか。	4択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑦-c	c 実際の服薬状況の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種(　　)
2 4) ⑦-d	d 実際の服薬状況の確認はいつ行っているか。	4択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑧	⑧ 持参薬の内容および服薬状況が一覧できるリストが作成されている。(×の場合は、⑬へ〔⑨⑩⑪⑫は回答不要〕)	○×		
2 4) ⑨	⑨ 持参薬の一覧リストは誰が作成しているか。(複数選択可)	4択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種(　　)
2 4) ⑩	⑩ 持参薬の一覧リストは誰が確認しているか。(複数選択可)	4択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種(　　)
2 4) ⑪	⑪ 持参薬の一覧リストは紙媒体か電子媒体か。	4択		A. 紙媒体(院内共通) B. 紙媒体(部署により異なる) C. 電子媒体(病院情報システム) D. 電子媒体(部署により異なる)
2 4) ⑫	⑫ 指示を出す時には、リストをそのまま用いているか、転記しているか。	3択		A. リストをそのまま用いている B. リストから転記している C. その他(　　)
2 4) ⑬	⑬ 持参薬に関する指示は、紙媒体か電子媒体か。	4択		A. 紙媒体(自院・他院とも) B. 紙・電子混合(自院紙、他院電子) C. 紙・電子混合(自院電子、他院紙) D. 電子媒体(自院・他院とも)
2 4) ⑭	⑭ 持参薬について、相互作用のチェックがシステム上可能である。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅱ　病棟・外来		評価方法	評価	コメント
24) ⑮	⑮ 持参薬を使用した場合の実施記録(投与した記録)がなされている。	4択		A. 紙カルテ B. 電子カルテ C. 決まっていない D. 記録されていない
24) ⑯	⑯ 入院中、持参薬から院内処方に変更する場合、薬剤師が関与している。(○の場合は具体的な内容をコメント欄に記載)	○×		
24) ⑰	⑰ 入院中、持参薬から院内処方に変更された場合、そのことがわかりやすい仕組みがある。(○の場合は具体的な内容をコメント欄に記載)	○×		
24) ⑱	⑱ 持参薬を使用しない場合、持参薬の保管・管理について明文化されている。(×は⑳へ〔⑲は回答不要〕)	○×		
24) ⑲	⑲ 使用しない持参薬の管理方法	3択		A. 詰所で管理する B. 自宅に持ち帰る C. その他(　　)
24) ⑳	⑳ 退院時の服薬指導において、持参薬を含めた指導をしている。	○×		
25)	5)がん化学療法(入院)			
25) ①	① がん化学療法レジメンを審査・登録する仕組みがある。	○×		
25) ②	② レジメンの審査・登録は、複数の職種と診療科で構成されている委員会で行われている。	○×		
25) ③	③ がん化学療法レジメンに基づいた患者別投与計画書あるいは投与計画書について、薬剤部で監査する仕組みがある。	○×		
25) ④	④ レジメン登録されていない薬剤は、処方オーダができない仕組みがある。	○×		
25) ⑤	⑤ 抗がん剤のレジメンを事前に登録しておき、ここから体表面積等の患者のパラメーターを入力することにより、投与量が計算される仕組みがある。	○×		
25) ⑥	⑥ 患者のレジメン情報を医師、看護師、薬剤師で共有する工夫がある。(○の場合はコメント欄に工夫の内容を記載)	○×		
25) ⑦	⑦ 副作用等の出現により、主治医がレジメン内容の変更や中止を指示した時、看護師、薬剤師に迅速に伝わる仕組みがある。	○×		
25) ⑧	⑧ 内服薬によるがん化学療法において、同意書を得ている。	4択		A. 病院として、取り決めがある B. 診療科として、取り決めがある C. 医師個人に任されている D. ほとんど行われていない
25) ⑨	⑨ 入院患者のがん化学療法における、薬剤師の抗がん剤注射剤の混合調製(平日)。	4択		A. すべての調製ができている(100%) B. 大部分の調製ができている C. 一部分しか調製ができていない D. まったくできていない(0%)
25) ⑩	⑩ 入院患者のがん化学療法における、薬剤師の抗がん剤注射剤の混合調製(休祝日)。	4択		A. すべての調製ができている(100%) B. 大部分の調製ができている C. 一部分しか調製ができていない D. まったくできていない(0%)
25) ⑪	⑪ 病棟において、抗がん剤注射剤の混合調整を実施する場合、曝露被害防止対策が行われている。(×は⑬へ〔⑫は回答不要〕)	○×		
25) ⑫	⑫ どのような曝露被害防止対策を実施しているか。(複数選択可)	4択		A. 安全キャビネットを使用している B. 閉鎖式器具を使用している C. ゴーグル、手袋を使用している D. その他のものを使用している(　　)
25) ⑬	⑬ 医療従事者の抗がん剤による曝露被害防止対策について教育が行われている。	○×		
25) ⑭	⑭ 抗がん剤の血管外漏出時の対応が明文化されている。	○×		

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅱ　病棟・外来		評価方法	評価	コメント
26)	6)がん化学療法(外来)			
26) ①	①　がん化学療法レジメンを審査・登録する仕組みがある。(×は③へ〔②は回答不要〕)	○×		
26) ②	②　レジメンの審査・登録は、複数の職種と診療科で構成されている委員会で行われている。	○×		
26) ③	③　がん化学療法の指示入力から実施までの業務の流れについて、標準的な運用マニュアルが作成されている。	○×		
26) ④	④　がん化学療法レジメンに基づいた患者別投与計画書あるいは投与計画書について、薬剤部で監査する仕組みがある。	○×		
26) ⑤	⑤　レジメン登録されていない薬剤は、処方オーダができない仕組みがある。	○×		
26) ⑥	⑥　抗がん剤のレジメンを事前に登録しておき、ここから体表面積等の患者のパラメーターを入力することにより、投与量が計算される仕組みがある。	○×		
26) ⑦	⑦　患者のレジメン情報を医師、看護師、薬剤師で共有する工夫がある。(コメント欄に工夫の内容を記載)	○×		
26) ⑧	⑧　当日予定した投与内容が変更になった場合には、すぐに伝わる仕組みがある。	○×		
26) ⑨	⑨　外来化学療法における抗がん剤投与に関する指示は、主治医が検査結果を閲覧してからでなければ出せないような工夫がある。	4段階		
26) ⑩	⑩　外来患者のがん化学療法において、薬剤師が患者に直接薬剤の説明や副作用発現防止のための観察等を行っている。	4段階		
26) ⑪	⑪　外来化学療法室にがん化学療法に十分に知識・経験を有する医師が常駐している。	○×		
26) ⑫	⑫　外来化学療法室にがん看護専門看護師等が配属されている。	○×		
26) ⑬	⑬　化学療法室での患者確認の方法はどのように実施しているか。			
26) ⑬-a	a　患者に名乗ってもらう	○×		
26) ⑬-b	b　診察券の提示	○×		
26) ⑬-c	c　リストバンド(バーコード、ICタグ)	○×		
26) ⑬-d	d　その他(内容をコメント欄に記載)	○×		
26) ⑭	⑭　抗がん剤の血管外漏出時の対応が明文化されている。	○×		
3	3　医療機器			
3　①	①　医療機器に対する管理責任者が明確にされている。	4段階		A.　管理責任者が明確になっており、各部署の機器がリスト等で把握されている B.　管理責任者が明確になっており、主要な機器についてはリスト等で把握されている C.　管理責任者は明確になっているが、機器はあまり把握されていない D.　管理責任者が決まっておらず、機器の把握もされていない
3　②	②　人工呼吸器の安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。	4段階		A.　安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している B.　安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない C.　安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない D.　安全使用マニュアルが作成されていない
3　③	③　生体監視モニターの安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。	4段階		A.　安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している B.　安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない C.　安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない D.　安全使用マニュアルが作成されていない

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅱ　病棟・外来		評価方法	評価	コメント
3　④	④　人工呼吸器および生体監視モニター以外の中央管理する医療機器の安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。	4段階		A.　安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している B.　安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない C.　安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない D.　安全使用マニュアルが作成されていない
3　⑤	⑤　内視鏡全般の適正使用と感染対策の内容を含む安全使用マニュアルが作成され、適切に管理されている。	4段階		A.　院内統一マニュアルが作成され、内視鏡全般の管理が適切に行われている B.　部署独自のマニュアルが作成され、部署独自の処理方法で適切に管理されている C.　マニュアルは作成されておらず、部署独自の処理方法で管理されている D.　適切な管理が行われず、マニュアルも作成されていない
3　⑥	⑥　医療機器に必要な消耗品の保管は適切に行われ、使用や滅菌有効期限などが適切に管理されている。	4段階		A.　医療機器に必要なすべての消耗品について、保管方法及び有効期限が適切に管理されている B.　医療機器に必要な一部の消耗品についてのみ、保管方法及び有効期限が適切に管理されている C.　医療機器に必要な消耗品について、保管方法、もしくは有効期限の管理が不十分である D.　医療機器に必要な消耗品の有効期限などについては、管理されていない
3　⑦	⑦　充電が必要な医療機器は充電して保管されている。	4段階		A.　全てが充電され機器別に分類され、清拭・整理整頓されている B.　電源コンセントの数量が十分でないため全てが充電されていないが、重要機器から優先に充填されている C.　電源コンセントの数量だけ充電されている D.　充電されず放置されている
3　⑧	⑧　人工呼吸器が適切に稼働しているか、使用中点検を行っている。	4段階		A.　毎日、呼吸器の稼働状況と使用中点検が行われ、点検マニュアルがあり点検記録がある B.　不定期であるが、呼吸器の稼働状況と使用中点検が行われ、点検マニュアルがあり点検記録がある C.　呼吸器の稼働状況と使用中点検が不定期に行われているが、点検マニュアルも点検記録もない D.　トラブルの発生した時だけ、トラブル回避と稼働状況の把握と使用中点検が行われる
4	4　輸血の管理・取扱い			
4 1)	1)輸血実施時の安全性確保			
4 1) ①	①　血液型の検査結果を患者に知らせている。	4段階		
4 1) ②	②　輸血の安全性、リスク等について患者に説明し同意書を取得している。	4段階		
4 1) ③	③　輸血が適正に行われたことを示すため、輸血の必要性と効果が診療記録に記載されている。	4段階		
4 1) ④	④　各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。	4段階		
4 1) ⑤	⑤　やむをえず輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷庫が使用され、正しい条件下で管理されている。	4段階		
4 1) ⑥	⑥　輸血療法の安全性を確保するための輸血手順書が整備され、手順書に従って輸血が行われている。	4段階		
4 1) ⑦	⑦　輸血の実施前に、血液製剤の外観チェックを行っている。	4段階		
4 1) ⑧	⑧　ベッドサイドで患者名と血液型、血液製剤の有効期限、照射の有無を確認をする方策がとられている。	4段階		

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅱ　病棟・外来		評価方法	評価	コメント
4 1) ⑨	⑨ 輸血開始後5分間の観察、開始15分後のチェックを含め、輸血副作用の観察が適切に行われている。	4段階		
4 1) ⑩	⑩ 輸血終了後、患者名、血液型及びバッグ本体の血液製造番号を確認したうえで、診療記録に輸血経過、副作用の発生状況等を記録している。	4段階		
4 2)	2)自己血採血、保管、輸血			
4 2) ①	① 自己血輸血の意義、採血、保管に要する期間、採血前の必要な検査、自己血輸血時の問題等に関するインフォームド・コンセントが取得されている。	4段階		
4 2) ②	② 自己血適応の基準を含め、採血等に関するマニュアルが整備され、採血時の安全性が確保されている。	4段階		
4 3)	3)造血幹細胞の保管			
4 3) ①	① 造血幹細胞の採取、保管に関するインフォームド・コンセントが取得されている。	4段階		
5	5 処置			
5 ①	① 中心静脈カテーテルの挿入・管理に関する病院全体の取り決めが明文化されている。	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ②	② 経鼻胃管、十二指腸チューブが適切に留置されていることを確認する病院全体の取り決めが明文化されている。	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ③	③ 鎮静剤を使用する際のリスク評価、患者観察、および緊急時対応に関する病院全体の取り決めが明文化されている。	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④	④ リスクが高いと考えられる医療行為の実施における患者観察やモニターに関する病院全体の取り決めが明文化されている。			
5 ④-1	④-1 肝生検	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-2	④-2 腎生検	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-3	④-3 血液浄化療法	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-4	④-4 骨髄穿刺	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-5	④-5 腰椎穿刺	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-6	④-6 内視鏡	4段階		A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-7	④-7 その他、病院全体の取り決めを作成している医療行為			具体的に記述(　　)

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅱ　病棟・外来			評価方法	評価	コメント
6		6　組織横断的ケア			
6	①	①　転倒・転落に関するリスク評価が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	②	②　(①がA、B、Cの場合)転倒・転落について、①のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	③	③　転倒・転落について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	④	④　褥瘡に関するリスク評価が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑤	⑤　(④がA、B、Cの場合)褥瘡について、④のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑥	⑥　褥瘡について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑦	⑦　深部静脈血栓症・肺塞栓症に関するリスク評価が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑧	⑧　(⑦がA、B、Cの場合)深部静脈血栓症・肺塞栓症について、⑦のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑨	⑨　深部静脈血栓症・肺塞栓症について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑩	⑩　一般病棟において、自殺に関するリスク評価が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑪	⑪　(⑩がA、B、Cの場合)一般病棟において、自殺について、⑩のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑫	⑫　一般病棟において、自殺について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑬	⑬　栄養管理(評価、計画、実施)は、NST(栄養サポートチーム)など多職種により行われている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑭	⑭ 人工呼吸器管理に関する取り組みは、呼吸サポートチームなど多職種により行われている	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない
6	⑮	⑮　身体抑制は、一般病棟と精神科病棟とで異なる手順書に従って必要性が評価され、安全に実施されている。	4段階		A.　必要な患者すべてで行われている B.　ほとんどの患者で行われている C.　あまり行われていない D.　まったく行われていない

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
1	1　手術部門			
1 1)	1)手術			
	[術者・受持医、看護師、麻酔医]			
1 1) ①	①　患者名、術式、部位を声に出して、タイムアウトを行っている。	4段階		
1 1)	[術者・受持医]			
1 1) ②	②　手術部位の間違いを防止する為に、手術部位のマーキングについてルールを決め、徹底している。	4段階		
1 1) ③	③　麻酔導入前に手術室へ入室し、患者の確認を行っている。	4段階		
1 1) ④	④　体位を取る前に術式と手術部位を確認している。	4段階		
1 1) ⑤	⑤　手術に必要な画像を提示している。	4段階		
1 1) ⑥	⑥　針を返却する時は必ず器械だし看護師に声をかけている。	4段階		
1 1) ⑦	⑦　針は必ず持針器または鉗子につけて返却している。	4段階		
1 1) ⑧	⑧　体内異物遺残を防止するために、術後X線撮影に関するルールを定め、徹底している。	4段階		
1 1) ⑨	⑨　摘出検体の同定を術者、看護師の複数で実施している。	4段階		
1 1)	[看護師]			
1 1) ⑩	⑩　点滴ルート、カテーテル、ドレナージルートの誤脱や接続はずれがないことを確認している。	4段階		
1 1) ⑪	⑪　手術室への移送は麻酔医又は主治医と共に行っている。	4段階		
1 1) ⑫	⑫　ツッペル、ディスポ・ブルドッグ、綿球についてカウントしている。	4段階		
1 1) ⑬	⑬　不潔野に落ちた針は捨てないで最終カウントまで保管している。	4段階		
1 1) ⑭	⑭　手術野で使用する器械・医療材料の滅菌状態を確認している。	4段階		
1 1) ⑮	⑮　摘出検体の同定を術者、看護師の複数で実施している。	4段階		
1 1)	[麻酔医]			
1 1) ⑯	⑯　申送りに立会い、患者の氏名、特徴を確認、看護師と共に患者を手術室へ移送している。	4段階		
1 1) ⑰	⑰　診療科、患者名、術式をドアネームや予定表と照合、確認している。	4段階		
1 1) ⑱	⑱　麻酔導入の前に術者・受持医が同席していることを確認している。	4段階		
1 2)	2)薬品管理			
1 2) ①	①　手術に使用する麻薬、毒薬、向精神薬については、施錠保管し、定められた担当者が使用状況を毎日確認している。	4段階		
1 2) ②	②　手術部に保管されている薬剤は、薬剤師が、毎日、在庫状況や保管状況等を確認している。	4段階		
1 2) ③	③　血漿分画製剤使用時に「血液製剤管理簿」へ記録している。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
1 3)	3)医用ガス・電気・空調の管理			
1 3) ①	①　配電盤やアイソレーションモニタ等の日常点検や、コンセント保持力や出力の定期的な保守点検が行われている。	4段階		A.　電気設備の日常点検が行われ、定期的な保守点検が行われ記録がある B.　定期的な保守点検は行っているが、日常点検は不定期である C.　日常点検や保守点検は行っているが不定期である D.　日常点検も保守点検も行われていない
1 3) ②	②　テーブルタップの使用やたこ足配線を行っていない。	4段階		A.　医用コンセントの数を十分に確保ができており、テーブルタップの使用やたこ足配線を行っていない B.　テーブルタップの使用は最小限にし、たこ足配線は行われていない C.　テーブルタップの使用やたこ足配線を行っているが、テーブルタップの容量や各医療機器の消費電力が明確にされている D.　十分なコンセントが確保できないため、テーブルタップの使用やたこ足配線を行っている
1 3) ③	③　医療機器の重要度により適切に医用電源コンセントへ接続されている	4段階		A.　適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況を監視している B.　ほぼ適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況を監視している C.　接続方法は周知されているが、接続方法が守られていない D.　不適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況の監視もされていない
1 3) ④	④　空調設備について正常状態を維持するため定期的な点検を行い、手術室の清浄度の監視確認が行われている。	4段階		A.　空調設備の定期的な点検が行われ、日常的に手術室の清浄度の監視が行なわれている B.　空調設備の定期的な点検が行われているが、日常的な手術室の清浄度の監視が行なわれていない C.　不定期だが空調設備の点検が行なわれ、日常的な手術室の清浄度の監視が行なわれていない D.　空調設備の点検がほとんど行われず、手術室の清浄度の監視も行なわれていない
1 3) ⑤	⑤　医用ガス・電気・空調等の設備関連のメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている。	4段階		A.　定期的なメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている B.　不定期にメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている C.　メンテナンスが行われているが、その記録は保管されていない D.　メンテナンスが行われていない
1 4)	4)洗浄、滅菌			
1 4) ①	①　洗浄・滅菌器の定期点検は行われている。	4段階		
1 4) ②	②　少なくとも週1回の定期的な生物学的インジケーターによる滅菌の確認を行っている。	4段階		
1 4) ③	③　滅菌不良が手術室で発見された場合にリコール方法が確立されている。	4段階		
1 5)	5)ME機器の取扱い			
1 5) ①	①　手術・治療機器や手術支援機器の定期点検が適切に行われ、その記録が保管されている	4段階		A.　全ての手術・治療機器や手術支援機器の定期点検が適切に行われ、その記録が保管されている B.　全てではない手術・治療機器や手術支援機器で定期点検が行われ、その記録が保管されている C.　手術・治療機器や手術支援機器の定期点検は行われているが、その記録が保管されていない D.　定期点検は行われていない
1 5) ②	②　手術・治療機器や手術支援機器の始業点検と終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている。	4段階		A.　全ての手術・治療機器や手術支援機器の始業点検と終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている B.　全てではない手術・治療機器や手術支援機器の始業点検もしくは終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている C.　手術・治療機器や手術支援機器の始業点検もしくは終業点検は行われているが、その記録がない D.　始業点検もしくは終業点検は行っておらず、準備だけをしている
1 5) ③	③　新規購入機器の購入時、スタッフのため安全使用講習会が開催され、参加者の記録がある。	4段階		A.　全ての機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある B.　全てではない機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある C.　使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれているが、参加者の記録はない D.　使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれていない

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
15) ④	④ 医療機器の安全管理のため、手術部に臨床工学技士が常駐している。	4段階		A.　臨床工学技士が常駐している B.　臨床工学技士は常駐しているが、人工心肺業務と兼任している C.　臨床工学技士が定期的に手術部へ派遣されている D.　臨床工学技士は手術部からのオンコールのみに対応している
15) ⑤	⑤ 各医療機器の取扱説明書や、マニュアル書の添付が整備されている。	4段階		A.　全ての医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付が整備されスタッフ全員が活用している B.　全てではないが医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付が整備され、スタッフ全員が活用している C.　医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付は整備されているが、活用されていない D.　医療機器の取扱説明書や、マニュアル書の添付が整備されていない
15) ⑥	⑥ 液体が貯留しやすい部位や圧迫等により血流が悪くなる部位には、対極板を使用していない。	4段階		
15) ⑦	⑦ 体温維持装置による熱傷や凍傷の防止対策、安全な温度設定、安全装置の点検を行っている。	4段階		
16)	6)納入業者、外注業者への対応、指導体制			
16) ①	① 担当者、時間が設定されている。	4段階		
16) ②	② 入室の指導、対応が適切に行われている。	4段階		
2	2 薬剤部			
21)	1)医薬品に関する安全管理体制			
21) ①	①「医薬品安全管理手順書」の前年度における改訂頻度	(　　) 回/年		
21) ②	② 採用医薬品を委員会で検討する際に、薬剤の名称、外観、複数規格等の観点からも検討を加えている。	4段階		
21) ③	③ 採用医薬品を委員会で検討する際に、ジェネリック医薬品については安全な管理の面から検討を加えている。	4段階		
21) ④	④ 院内で決められている採用品目の上限の品目数	(　　) 品目		
21) ⑤	⑤ 本年度10月末における院内採用品目数	(　　) 品目		
21) ⑥	⑥ 医療安全の観点から医薬品の採用、変更、中止等の情報が迅速に伝達されている。	4段階		
21) ⑦	⑦ 投薬プロセス(処方、処方監査、調剤、薬剤交付、搬送、配薬、与薬)に関するルールが明文化され、適切に運用されている。	4段階		
21) ⑧	⑧ 外来患者や退院患者のお薬手帳への記載、退院患者指導記録簿作成など、他の医療機関(薬局含む)と患者の情報を共有する仕組みがある。	4段階		
22)	2)ハイリスク医薬品の管理			
22) ①	① ハイリスク医薬品(処方や使用の方法を誤った場合に患者に重大な傷害をきたす危険性が高い医薬品)がリストアップされている。	○×		
22) ②	② ハイリスク医薬品は医師(研修医を含む)、看護師、薬剤師の間で周知、共有されている。	4段階		
22) ③	③ ハイリスク医薬品リストが必要時に容易に参照できるようになっている。	4段階		
22) ④	④ ハイリスク医薬品のうち、一般病棟における在庫を制限あるいは禁止する医薬品(高濃度カリウム注等)が定められている。 (A、Bの場合は、別表2-2)-④に記入)	4段階		
22) ⑤	⑤ ハイリスク薬品の処方を薬剤師がチェックする仕組みがある。 (たとえば、病名と処方薬剤との確認)	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
2 3)	3)処方オーダーにおける自動チェック機構			
2 3) ①	①　チェック機能が十分に発揮できるように、薬品マスタを定期的に見直しをしている。	4段階		
2 3) ②	②　処方の薬剤名直接入力の際の必須文字数を設定している。	4段階		A.　4文字以上 B.　3文字以上 C.　2文字以上 D.　1文字入力しただけで、薬剤のリストが表示される
2 3) ③	③　類似名称薬がある場合には、必要に応じて、「本剤は抗がん剤です」等の警告を表示している。	4段階		
2 3) ④	④　院内で採用されている全ての内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある。	4段階		A.　院内で採用されている全ての内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある B.　院内で採用されている全てではない内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある C.　特定の内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある (具体的薬剤の記述:　　) D.　自動チェック機能がない
2 3) ⑤	⑤　院内で採用されている全ての注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある。	4段階		A.　院内で採用されている全ての注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある B.　院内で採用されている全てではない注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある C.　特定の注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある (具体的薬剤の記述:　　) D.　自動チェック機能がない
2 3) ⑥	⑥　患者の年齢を考慮した過量投与がチェックできる。	○×		
2 3) ⑦	⑦　患者の年齢、体重、身長を考慮した過量投与がチェックできる。	○×		
2 3) ⑧	⑧　患者の腎機能を考慮した過量投与がチェックできる。	○×		
2 3) ⑨	⑨　相互作用の自動チェック機能がある。	4段階		A.　薬剤として認可されている全ての薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある B.　院内で採用されている全ての薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある C.　特定の薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある。 (具体的薬剤の記述:　　) D.　自動チェック機能がない
2 3) ⑩	⑩　リウマトレックス等の変則的な投与スケジュールの薬剤についても自動チェックができる。	4段階		
2 3) ⑪	⑪　実際の服用期間を登録でき、休薬期間を自動チェックする機能がある。(TS-1、フルオロウラシル)	4段階		
2 3) ⑫	⑫　患者毎に禁忌薬剤を登録しておくことにより自動的に禁忌処方がチェックされる。	4段階		A.　ジェネリックを含むすべての禁忌薬をチェックできる B.　院内採用薬を対象に禁忌薬をチェックできる C.　禁忌薬ありのアラーム、あるいは閲覧できる程度である D.　登録していない(できない)ので、チェックしていない
2 3) ⑬	⑬　患者の病名や状態を参照することにより自動的に禁忌処方がチェックされる。	○×		
2 3) ⑭	⑭　薬歴を元に、当院採用薬のみの重複薬の自動チェックができる。	4段階		A.　ジェネリックを含むすべての重複薬をチェックできる B.　院内採用薬を対象に重複薬をチェックできる C.　同一処方箋ないでの重複薬をチェックできる D.　自動的ではないが、重複薬をチェックできる
2 3) ⑮	⑮　注射薬の投与経路を入力する際、警告を発する機能がある。	○×		
2 3) ⑯	⑯　注射薬の投与速度を入力する際、警告を発する機能がある。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
2 4)	4)処方箋監査			
2 4) ①	① 薬剤アレルギー情報を把握した上での処方箋監査が実施できている。	4段階		A.　全ての処方箋に対してチェックできている B.　ほとんどの処方箋に対してチェックできている C.　一部の処方箋に対してのみチェックできている D.　処方箋単位では薬剤アレルギー情報をチェックできていない
2 4) ②	② 高濃度カリウム注などの無希釈投与を回避ができる監査体制ができている。	4段階		
2 4) ③	③ TS-1とフルオロウラシルの併用を回避(7日間の休薬を考慮)できる監査体制ができている。	4段階		
2 4) ④	④ リウマトレックスの過量投与を回避や投与間隔の確認ができる監査体制ができている。	4段階		
2 4) ⑤	⑤ 抗がん剤の過量投与を回避できる監査体制ができている。	4段階		
2 5)	5)注射剤の調剤			
2 5) ①	① 一般病棟において、入院中の患者を対象に注射剤の計数調剤(処方箋に基づく患者単位の取りそろえ)を実施している。	4段階		
2 5) ②	② 24時間体制で注射剤の計数調剤が実施されている。	4段階		
2 5) ③	③ 薬剤師による注射剤の計量調剤(混合調製)が実施されている。	4段階		
2 5) ④	④ 土・日・休祝日も薬剤師による注射剤の混合調製が行われている。	4段階		
2 5) ⑤	⑤ キット製剤単独使用以外の高カロリー輸液の調製については、薬剤師が実施している。	4段階		
2 6)	6)病棟配置薬の薬品管理			
2 6) ①	① 薬剤の病棟在庫は薬剤部で把握されており、病棟の在庫薬の品目・定数等の見直しには薬剤師が関与している。	4段階		
2 6) ②	② 担当薬剤師が定期的に病棟を巡視し、使用期限も含めた病棟保管医薬品の管理をしている。	4段階		
2 7)	7)内服薬の処方記載方法			注:　Ⅲ-2-7) ①～⑦の項目は現状の調査を目的としたものです。
2 7) ①	① 医師研修指導ガイドライン等に1回内服量での処方についての説明がある。	○×		
2 7) ②	② 1回内服量処方を含めて、標準的な処方箋の記載方法に関する講習会を実施している。	○×		
2 7) ③	③ 散剤や液剤に賦形を行った場合に、その情報を他職種に伝えている。	○×		
2 7) ④	④ オーダ画面および処方箋等に1日量と1回量の併記をしている。	○×		
2 7) ⑤	⑤ 薬剤師が標準用法マスタと自施設のマスタとの相違について理解している。	○×		
2 7) ⑥	⑥ 薬剤マスタの基準単位は統一(製剤量で)がとれている。	○×		
2 7) ⑦	⑦ 病院として、具体的なシステム対応の予定は決まっているか。	○×		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
3	3　医療機器管理部門			
3　①	①　中央管理部門で管理する医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている。	4段階		A.　中央管理部門で管理する全ての医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている B.　中央管理部門で管理するほとんどの医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている C.　中央管理部門で管理するほとんどの医療機器が明確にされいるが、これらの機器の貸し出し状況が把握できていない D.　中央管理部門で管理する医療機器が明確にされておらず、機器の貸し出し状況が把握できていない
3　②	②　中央管理部門で管理する医療機器について、安全性を考慮した機器の更新・定期的な点検・修理・廃棄が行われ、記録がある。	4段階		A.　中央管理部門で管理する全ての医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われ、記録がある B.　中央管理部門で管理するほとんどの医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われ、記録がある C.　中央管理部門で管理するほとんどの医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われているが、記録が無い D.　中央管理部門で管理する医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われていない
3　③	③　医療機器に関する情報(添付文書・取扱説明書・安全情報)が管理され、周知するシステムが確立されている。	4段階		A.　中央管理部門で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っており、誰でも必要な時に参照できるシステムがあり、周知されている B.　中央管理部門で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っており、誰でも必要な時に参照できるシステムはあるが、周知されていない C.　中央管理部門で管理する医療機器の添付文書や取扱説明書が揃っておらず、誰でも必要な時に参照できるシステムはあるが、周知されていない D.　中央管理部門で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っておらず、システムが確立されていない
3　④	④　特定機能病院必須管理機器 8品目に対し、保守点検計画の策定と実施状況を提示できる。	4段階		A.　当該年度の点検計画が策定され、計画通り実施された記録が残っている B.　当該年度の点検計画は策定されているが、実施は計画通りではないが実施され記録が残っている C.　点検計画の策定はされているが、未実施の機器がある D.　点検計画の策定ができておらず、ほとんど実施もされていない
3　⑤	⑤　新規購入機器の購入時、スタッフのため安全使用講習会が開催され、参加者の記録がある。	4段階		A.　全ての機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある B.　全てではない機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある C.　使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれているが、参加者の記録はない D.　使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれていない
3　⑥	⑥　医療機器の点検に必要な器具が備わり、計測器が適正に校正・管理されている。	4段階		A.　中央管理する機器の点検に必要な器具が揃い、計測器は定期的に校正を行っている B.　中央管理する機器の点検に必要な器具が揃い、計測器は不定期であるが校正を行っている C.　中央管理する機器の点検に必要な器具は揃っているが、計測器の校正は行われていない D.　中央管理する機器の点検に必要な器具が揃っておらず計測器も揃っていない
3　⑦	⑦　機器の不具合の発生時における報告と情報周知の体制が整っている。	4段階		A.　不具合が発生すると早急に医療機器安全管理責任者に報告がなされ、迅速に情報を周知する体制が整っている B.　不具合が発生すると医療機器安全管理責任者に報告がなされるが、迅速でないが情報を周知する体制が整っている C.　不具合が発生すると医療機器管理責任者に報告はなされるが、情報を周知する体制は整っていない D.　不具合が発生しても医療機器管理責任者に報告される体制や相談体制もなく、周知方法も確立されていない
3　⑧	⑧　夜間/休日の機器のトラブルに対し、臨床工学技士の対応体制が整っている。	4段階		A.　夜間/休日のトラブルに対し、臨床工学技士のオンコール体制が整っている B.　夜間/休日のトラブルに対し、オンコール体制はないが臨床工学技士に電話で対処方法を聞くことができる C.　夜間/休日のトラブルに対し、予備機器の設置など、臨床工学技士のオンコール体制以外の対処方法を整えている D.　夜間/休日のトラブルに対しての臨床工学技士のオンコール体制や、相談体制もなく、予備機器も設置されていない
3　⑨	⑨　機器購入時の評価を行い、且つ、受入れ試験を行っている。	4段階		A.　購入する全ての医療機器に対する評価がされ、且つ、受け入れ試験を行い納入の合否を決めている B.　購入するほとんどの医療機器に対する評価がされ、且つ、受け入れ試験が行われている C.　購入する医療機器に対する評価がされず、依頼があった機器のみ受け入れ試験を行っている D.　購入に対する評価がされておらず、受け入れ試験も行われていない

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
3　⑩	⑩ 医療機器の立会いに関する実情を把握し、基準を遵守している。	4段階		A.　医療機器の立会いに関する実情が把握され、立会い基準を遵守している B.　医療機器の立会いに関する実情が把握され、立会いできない場合は有償契約などにより遵守している C.　現状で立会いは行われているが、基準に沿っていく計画がある D.　どこで立会いが行われているかまで把握できず、実際に業者による立会いがまだ行われている
3　⑪	⑪ 輸液ポンプ、シリンジポンプの種類が統一されている。(必要性が明確であれば複数種類でも可)	4段階		A.　機種が統一され、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにしている B.　機種が統一されていないが、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにしている C.　機種が統一されておらず、且つ、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにされていない D.　管理体制が整っていないため、納入部署により機種が違う
3　⑫	⑫ AEDが点検され、且つ、使用方法が院内に周知されている。	4段階		A.　点検計画にもとづいて点検が実施されており、全職員対象の講習会が定期的行われている B.　点検計画にもとづいて点検が実施されているが、講習会が実施されていない C.　点検が行われていないが、講習会は定期的に行われている D.　点検がされておらず、講習会も行われていない
3　⑬	⑬ 医療用ガス・電源等の定期点検を行っている。	4段階		A.　医療ガス・電源の定期点検が行われている B.　医療ガス・電源の点検は不定期だが行われている C.　トラブルが発生した時のみ点検を行っている D.　定期点検が行われていない
4	4 輸血部			
4 1)	1)輸血実施時の安全性確保			
4 1) ①	① ABO血液型判定は、同一患者からの異なる時点での2検体で2重チェックを行っている。	4段階		
4 1) ②	② 自動機器の導入により、検査における血液型判定等に関するヒューマンエラー防止の工夫がされている。	4段階		
4 1) ③	③ 血液製剤の適正使用のモニターが行われている。	4段階		
4 1) ④	④ 各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。	4段階		
4 1) ⑤	⑤ やむをえず輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷庫が使用され、正しい条件下で管理されている。	4段階		
4 1) ⑥	⑥ 輸血療法の安全性を確保するための輸血手順書が整備され、手順書に従って輸血が行われている。	4段階		
4 2)	2)自己血採血、保管、輸血			
4 2) ①	① 自己血輸血の意義、採血、保管に要する期間、採血前の必要な検査、自己血輸血時の問題等に関するインフォームド・コンセントが取得されている。	4段階		
4 2) ②	② 自己血適応の基準を含め、採血等に関するマニュアルが整備され、採血時の安全性が確保されている。	4段階		
4 2) ③	③ 自己血の受払いに関して、他の患者に出庫、輸血されることがないように取り間違い防止対策が講じられている。	4段階		
4 2) ④	④ 自己血の保管は血液製剤同様に管理され、ウイルス感染者の自己血は専用保冷庫に保管されている。	4段階		
4 3)	3)造血幹細胞の保管			
4 3) ①	① 造血幹細胞の受払いに関して、取り違えがおきないような対策が講じられている。	4段階		
4 3) ②	② 造血幹細胞を保管している保冷庫は温度管理がきちんとなされており、警報装置が備えられている。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
5	5　臨床検査部門			
5 1)	1)検査実施時			
5 1) ①	①　外来における検体及び生理学的検査では当該患者であることを、フルネームで名乗ってもらい、且つIDや生年月日等でも確認している。	4段階		
5 1) ②	②　検査実施時には、採血管や検査内容等が当該患者のものであることの確認を行っている。	4段階		
5 1) ③	③　採取した検体のうち、放置してはいけない検体(血液ガスやアンモニア測定など)は直ちに検査室に届けられている。	4段階		
5 1) ④	④　比較的安定な生化学や血算などの検体は、30分以内に届けられている。	4段階		
5 1) ⑤	⑤　緊急検査(末梢血、生化学、止血等)は30分以内に結果が報告されている。	4段階		
5 1) ⑥	⑥　患者のアレルギー情報や病歴等が容易に参照できるシステムがある。	4段階		
5 1) ⑦	⑦　採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時に、患者に対して掲示などにより説明している。	4段階		
5 1) ⑧	⑧　採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時の対応手順が定められている。	4段階		
5 1) ⑨	⑨　検査後に患者観察が行われる場所、人(看護師の配置)が整備されている。	4段階		
5 1) ⑩	⑩　患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。	4段階		
5 1) ⑪	⑪　患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。	4段階		
5 1) ⑫	⑫　検査で用いられる試薬や毒物劇物・重金属・有機溶媒など危険物の高い物質に関して、適正に施錠保管し、台帳管理が行われている。	4段階		
5 2)	2)検査室において			
5 2) ①	①　検体の確認はバーコードやシールなどを用いた誤認防止の手順が明文化され、遵守されている。	4段階		
5 2) ②	②　伝票で患者検体が届けられた場合、当該患者の検体であることを、フルネーム、ID、生年月日などで確認している。	4段階		
5 2) ③	③　伝票の内容と検体の種類・数が一致しているかを確認している。	4段階		
5 3)	3)その他			
5 3) ①	①　検査結果において、疑義照会(患者や病態の確認)、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ(検体検査での異常高値や低値、血液培養陽性、指定菌＜MRSA・好酸菌塗抹陽性＞等の感染症検査結果等)があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。	4段階		
5 3) ②	②　内部精度管理が実施され、結果が評価されている。	4段階		
6	6　病理部門			
6　①	①　検体採取から提出までの間の検体の誤認防止手順が明文化され、実施されている。	4段階		
6　②	②　病理検体受付時の誤認防止手順が明文化され、実施されている。	4段階		
6　③	③　検体処理の各段階における誤認防止の手順が明文化され、実施されている。	4段階		

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
6　④	④ 診断内容はダブルチェックが行われ報告されている。	4段階		
6　⑤	⑤ 疑問のある症例は部内および診療科と協議が行われている。	4段階		
6　⑥	⑥ 検査結果において、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ(細胞診や病理検査ではじめての悪性所見が出た場合等)があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。	4段階		
6　⑦	⑦ 病理のレポートは電子化されている。	4段階		
6　⑧	⑧ ホルマリンなどの有機溶媒、危険性の高い薬剤が適切に保管管理されている。	4段階		
7	7 放射線検査・治療部門			
7 1)	1)放射線業務における安全性確保			
7 1) ①	① 患者確認には、患者にフルネームを名乗ってもらうことに加え、ID番号、生年月日の確認等をあわせて用いている。	4段階		
7 1) ②	② 検査・治療前に、患者とともに、部位、方向、撮影回数や装飾品の有無などについて確認している。	4段階		
7 1) ③	③ 病室撮影を含め、撮影済みカセッテに関して患者間違いの防止対策が整備されている。	4段階		
7 1) ④	④ MR検査の場合、患者の装飾品や体内金属、入室する医療スタッフの持ち物(ハサミ・ペン・装飾品等)、患者に使用している医用器材(支柱台、シーネ、医療機器、酸素ボンベ等)の確認を行っている。	4段階		
7 1) ⑤	⑤ MR検査室への持込み禁止物について、放射線技師や放射線科医師により最終確認を行っている。	4段階		
7 1) ⑥	⑥ 造影剤検査の前には必ず、同意書を見ながら、口頭で、アレルギーの有無を患者に再度確認している。	4段階		
7 1) ⑦	⑦ 造影剤腎症の予防対策(クレアチニン値の把握、糸球体ろ過率の推算等)を行っている。	4段階		
7 1) ⑧	⑧ 造影剤使用の検査中もしくは検査後副作用があった場合の対応マニュアルがある。	4段階		
7 1) ⑨	⑨ 造影剤がディスポーザブル器材の場合、前の患者に使用した器材の廃棄確認を行っている。	4段階		
7 1) ⑩	⑩ 検査・治療に際して、患者のリスク評価、モニタリング、留置ルート類の状況確認を多職種で行っている。	4段階		
7 1) ⑪	⑪ 検査後に患者観察が行われる場所、人(看護師の配置)が整備されている。	4段階		
7 1) ⑫	⑫ 患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。	4段階		
7 1) ⑬	⑬ 患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。	4段階		
7 1) ⑭	⑭ 撮影された画像の最終確認(患者氏名、左右、部位、マーク、画質など)を指差呼称やダブルチェック等で行っている。	4段階		
7 1) ⑮	⑮ 胸部X線撮影画像の読影が放射線科医により行われるシステムがある。	4段階		
7 1) ⑯	⑯ 撮影中や読影時に、緊急を要する所見が認められた時は、主治医に連絡するシステムがある。	4段階		
7 2)	2)放射線機器等の管理			
7 2) ①	① 検査・治療機器の始業・終了点検が行われ、記録されている。	4段階		
7 2) ②	② 定期的に行う機器点検を実施している。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

A:　「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:　「どちらかというとできている」
C:　「どちらかというとできていない」
D:　「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ　中央診療部門		評価方法	評価	コメント
7 3)	3)放射線被曝管理			
7 3) ①	①　血管造影検査を繰り返し行う場合、被曝線量を確認している。	4段階		
7 3) ②	②　機器の放射線出力測定及び漏洩線量測定を、6ヶ月に1回に実施している。	4段階		
7 3) ③	③　患者などから被曝線量について質問された際、提示資料が整えられて説明できる体制がある。	4段階		
7 4)	4)放射線治療の安全管理			
7 4) ①	①　放射線照射の際に照射部位・線量のダブルチェックを行っている。	4段階		
7 4) ②	②　指示線量、線量基準点の管理が行われている。	4段階		
7 4) ③	③　モニタ単位値(MU値)計算は独立した方法で2重の重複チェックを行い、また、必要に応じて実測による吸収線量測定を実施している。	4段階		
7 4) ④	④　加速器への治療患者のデータ登録は、異なる担当者によるダブルチェックを実施している。	4段階		
7 4) ⑤	⑤　照射終了後、モニター線量・照射録記載の確認を行っている。	4段階		
7 4) ⑥	⑥　治療情報の確認を行い、治療部位、処方線量の継続・変更についてチェックを実施している。	4段階		
7 4) ⑦	⑦　放射線治療装置、放射線治療計画システム、X線シミュレータ、CTシミュレータ、放射線治療計画用CT装置、高線量率密封小線源医療装置および関連機器の精度管理を定期的に実施している。	4段階		
7 4) ⑧	⑧　線量測定器の校正を定期的に行っている。	4段階		
7 5)	5)放射性医薬品等の管理			
7 5) ①	①　放射性医薬品取扱いに関するマニュアルが整備され、管理上必要な書類の記録が適切に行われている。	4段階		
7 5) ②	②　放射性医薬品誤投与防止に関する対策が整備され、遵守されている。	4段階		
7 5) ③	③　放射性廃棄物に関するマニュアルが整備され、適切に管理されている。	4段階		

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

Ⅰ　全体

別表4-2)-①　併用している場合には、両方に○をつける

	項目	電子媒体		紙媒体
		電子カルテへ直接入力	スキャン取込み	
1)	外来1号用紙(患者基本情報)			
2)	外来経過記録(2号用紙)			
3)	入院1号用紙(患者基本情報)			
4)	入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)			
5)	入院診療計画書			
6)	入院経過記録(2号用紙)			
7)	オーダ記録(薬剤)			
8)	オーダ記録(処置)			
9)	オーダ記録(検査)			
10)	オーダ記録(手術)			
11)	オーダ記録(ケア)			
12)	対診依頼用紙・他科受診(コンサルト)			
13)	医師指示記録			
14)	クリティカルパス			
15)	手術記録			
16)	麻酔記録			
17)	輸血実施記録			
18)	看護記録			
19)	熱型表(または体温板)　(一般用)			
20)	熱型表(または体温板)(重症記録用)			
21)	検査結果(検体検査関連)			
22)	検査結果(細菌・微生物検査)			
23)	検査結果(生理機能検査)			
24)	検査結果(病理・細胞診検査)			
25)	内視鏡検査報告書			
26)	放射線診断画像			フィルム
27)	放射線画像診断報告書(レポート)			
28)	薬剤管理指導記録			
29)	栄養指導管理記録			
30)	リハビリテーション記録			
31)	各種説明書(インフォームドコンセント用)			

平成24年度
対象外

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

	項目	電子媒体		紙媒体
		電子カルテへ直接入力	スキャン取込み	
32）	同意書（インフォームドコンセント用）			
33）	診療情報提供書（提出用）			
34）	診断書（院内診断書）			
35）	退院時療養計画書			
36）	退院時要約（サマリ）			
37）	剖検記録			
38）	死亡診断書			

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

Ⅰ　全体

別表5-1)-①

	院内の医療安全管理体制	インシデント等の院内報告制度	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）
研修医						
看護師						
薬剤師						
技師（技士）						
事務職員						

該当する項目に○

別表5-1)-②

機器	ポンプ	人工呼吸器	AED	DC	その他最低限必要と思われる内容
処置	採血	BLS	ACLS	末梢静脈留置	その他最低限必要と思われる内容

該当する項目に○

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

Ⅰ　全体

別表5-1)-③

機器	ポンプ	人工呼吸器	AED	その他最低限必要と思われる内容
処置	採血	BLS	ACLS	その他最低限必要と思われる内容

該当する項目に○

別表5-4)-⑤

宿泊研修		
診療部門等への出張レクチャー		
ロールプレイング		
ポスター発表		
e-ラーニング		
上記以外の工夫		具体的に記載ください。

該当する項目に○

資料

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　自己チェックシート

大学病院名	

Ⅲ　中央診療部門

別表2-2)-④

	薬　剤　名
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
（　　）品目	

平成24年度医療安全・質向上のための相互チェック　ベストプラクティスシート

医療安全全般において、他院に推奨又は紹介したい自院の取り組みについて下記の項目によりご報告ください（1例のみ記載）

1. タイトル

2. 概要

3. 背景

4. 具体的な内容

5. 効果

6. 苦労した点

7. その他